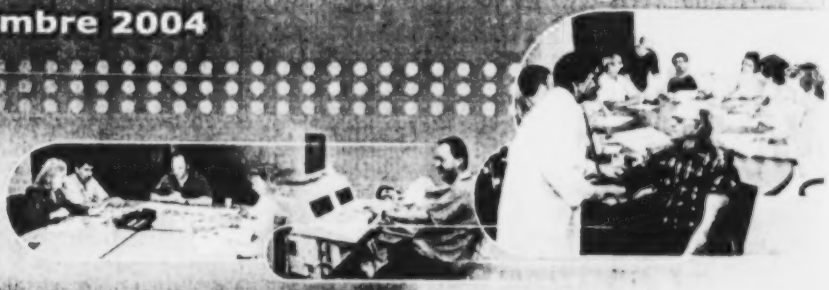
Agence de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Document d'appui à l'audition devant la Commission parlementaire des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec

14 septembre 2004



Québec

Conception
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Coordination
Jacques Lefebvre

Rédaction
Jean-Denis Allaire
Jacques Lefebvre

Lecture et corrections
Diane Chiasson

Secrétariat
Élaine Savard

Coordination de la mise en page
Marie-Josée Vincent

Graphisme
Médiavox création-communication

Nous tenons à remercier les personnes qui ont contribué à la production
du Document d'appui à l'audition devant la Commission parlementaire
des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec

Dépôt légal – 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-110-4

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul
but d'alléger le texte et désigner tant les femmes que les hommes

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est
autorisée, à condition que la source soit mentionnée

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Note au lecteur

Bien que l'objet de l'invitation à se présenter devant la Commission des affaires sociales soit l'étude du rapport annuel 2002-2003 de l'Agence, notre présentation cherchera à dresser un bilan rétrospectif sommaire des faits saillants qui ont marqué la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec depuis notre dernière reddition de comptes devant la Commission, le 7 mars 2000.

Conséquemment, les fiches qui suivent réfèrent à des éléments pouvant s'échelonner entre les années 1998-1999 et 2003-2004. De même, les tableaux cherchent plus à illustrer certaines réalités significatives, soulignées par le texte, que de dresser un portrait détaillé séquentiel, année après année.

Ce texte que nous avons voulu concentrer sur des éléments factuels se présente sous forme de fiches thématiques composées essentiellement de rubriques et manchettes. Chacune des fiches débute par un sommaire, suivi d'informations complémentaires et des principaux défis reliés à la thématique. Ces derniers correspondent généralement aux priorités à court et moyen terme de l'Agence.

Les différentes sections du document regroupent les informations selon les thématiques qui reprennent les grandes responsabilités légales de l'Agence prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. De son côté, la section relative à l'organisation et la coordination des services utilise la nomenclature des différents programmes-services utilisée dans le cahier de charges préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre les agences et le Ministère. De façon générale, les pages paires sont utilisées pour les tableaux et schémas associés au texte des pages impaires, sauf pour la section financière qui utilise essentiellement des tableaux.

Les données des différents tableaux sont souvent extraites de documents publiés par l'Agence au cours des dernières années et n'ont pas été mises à jour pour la circonstance. Cependant, nous nous sommes assurés qu'elles reflétaient toujours notre réalité actuelle.

Le présent document se veut un appui à la présentation de la présidente-directrice générale de l'Agence.

Bien que l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec n'existe que depuis janvier 2004, nous avons convenu d'utiliser le terme Agence tout au long du document en lieu et place de Régie régionale.

Prenant pour acquis que notre rapport annuel 2003-2004, ainsi que les tableaux de bord relatifs aux indicateurs de suivi des objectifs de services et aux objectifs de gestion 2003-2004, ont fait l'objet d'un dépôt préalable auprès des membres de la Commission, le présent document ne reprendra pas l'analyse de ces documents.

Nous souhaitons que notre décision de vous soumettre un tel document d'accompagnement de l'allocution saura vous faire mieux connaître notre organisation et fonctionnement régional, et facilitera nos échanges quant à la reddition de comptes.

Table des matières

La région ---- 9

Le réseau ---- 13

L'Agence ---- 15

Notre bilan sommaire depuis 1996 ---- 19

La participation de la population à la gestion du réseau ---- 23

Le respect des droits des usagers ---- 27

L'organisation et la coordination des services ---- 33

Santé publique ---- 33

Services généraux ---- 39

Perte d'autonomie liée au vieillissement ---- 43

Déficience physique ---- 47

Déficience intellectuelle et TED ---- 49

Jeunes en difficulté ---- 55

Dépendance ---- 61

Santé mentale ---- 69

Santé physique ---- 73

Autres ---- 83

La gestion économique et efficiente des ressources ---- 89

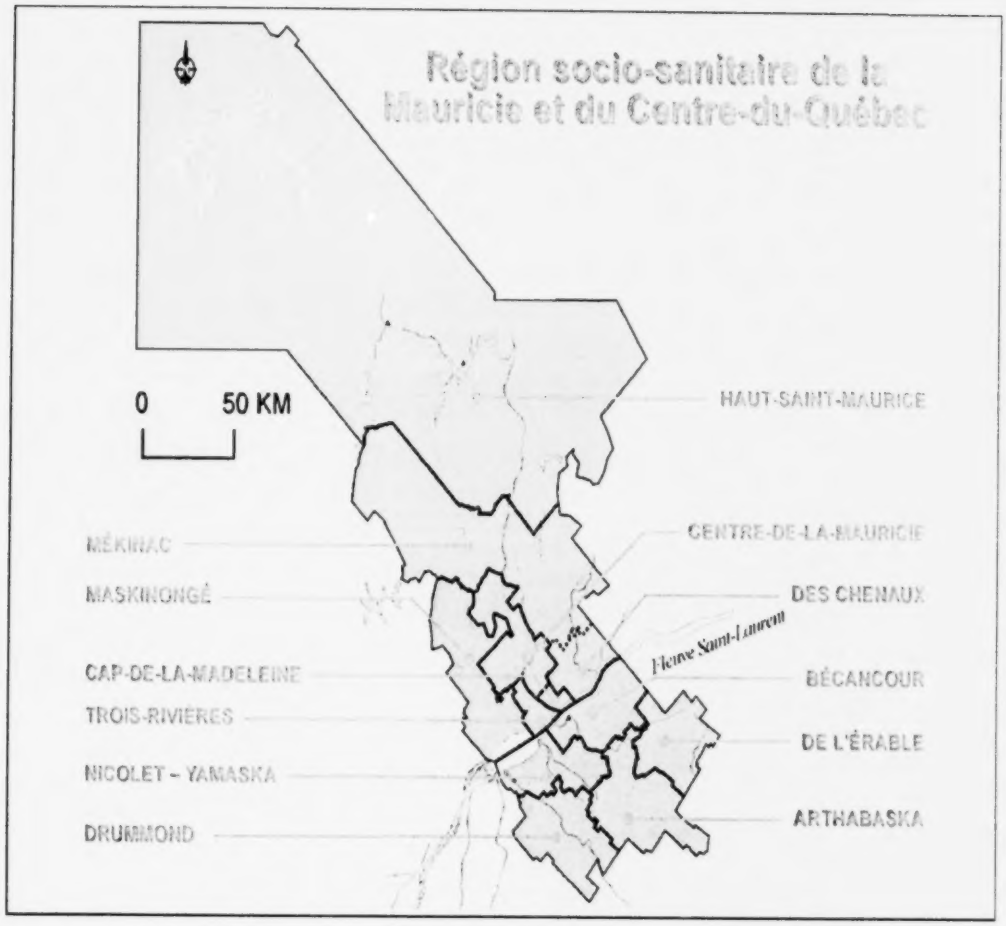
Financières ---- 89

Humaines ---- 95

Matérielles ---- 101

Les organismes communautaires ---- 109

Conclusion ---- 113


Région socio-sanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec
0
50 KM
HAUT-SAINT-MAURICE
CENTRE-DE-LA-MAURICIE
DES CHENAUX
BÉCANCOUR
DE L'ÉRABLE
ARTHABASKA
MÉKINAC
MASKINONGÉ
CAP-DE-LA-MADELEINE
TROIS-RIVIÈRES
NICOLET – YAMASKA
DRUMMOND
fleuve Saint-Laurent

La région

Le territoire et la population de la région

- Vaste territoire de près de 45 000 km^2.
- La quatrième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- Population estimée pour l'année 2004 : 488 104 personnes.
- 2 régions administratives forment la région sociosanitaire :
  - Le Centre-du-Québec : population estimée en 2004 de 226 429 personnes (46 %).
  - La Mauricie : population estimée en 2004 de 261 675 personnes (54 %).
- 11 municipalités régionales de comté (MRC) :

Mauricie : 6	Centre-du-Québec : 5
MRC du Haut-Saint-Maurice	MRC de Nicolet-Yamaska
MRC de Mékinac	MRC de Bécancour
Ville - MRC de Shawinigan	MRC de Drummond
MRC de Maskinongé	MRC d'Arthabaska
Ville - MRC de Trois-Rivières	MRC de l'Érable
MRC des Chenaux	

- 124 municipalités dont 4 territoires non organisés.
- 4 réserves autochtones :

  2 dans le Haut-St-Maurice: Obedjiwan et Wemotaci,
  1 dans Nicolet-Yamaska : Odanak,
  1 dans Bécancour : Wôlinak.

- Population concentrée principalement dans le centre et le sud, la partie nord étant très peu peuplée.
- 33 % de la population (44% au Centre-du-Québec et 25% en Mauricie) habite en milieu rural. Près de la moitié de la population urbaine demeure dans la région de Trois-Rivières, l'une des six grandes régions métropolitaines de recensement du Québec.
- Les communautés autochtones représentent 1% de la population. Bien que l'on retrouve deux des quatre réserves amérindiennes au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente quelque 20 % de l'ensemble de la population de ce district sociosanitaire.
- Un peu moins de 1% de la population est de langue maternelle anglaise. Bien qu'elle se répartisse dans tous les districts, plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de Drummond et la région de Trois-Rivières.
- La population de langue maternelle autre que française ou anglaise représente 1,33%.
- La croissance démographique de la région est limitée : augmentation de 1,5% depuis les dix dernières années, ce qui est inférieur au Québec (4%). Cette faible croissance s'accompagne d'un vieillissement accéléré de la population. Présentement, les personnes de 65 ans et plus forment 15 % de l'ensemble de la population et, dans dix ans, elles en représenteront plus de 19 %, soit près d'une personne sur cinq. Notons que, pour la même période, les personnes de 85 ans et plus augmenteront dans une proportion de 46%.
- On dénombre, depuis les dernières années, environ 4 500 naissances annuellement. Parmi les 56 300 familles avec enfants mineurs, 23% sont monoparentales. Enfin, 16% des personnes de 15 ans et plus vivent seules.

Population par groupe d'âge de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Population	1998		2004		Variation
Groupes d'âges	Nombre	%	Nombre	%	
0 – 17 ans	107 121	22,1	95 190	19,5	(-11,1 %)
18 – 39 ans	148 126	30,5	135 958	27,9	(-8,2 %)
40 – 64 ans	161 276	33,2	181 702	37,2	12,7 %
65 – 74 ans	40 276	8,3	40 382	8,3	0,3 %
75 ans et plus	28 611	5,9	34 872	7,1	21,9 %
Total	485 410		488 104		0,6 %

Note : En 1998, la population pour les 0 – 5 ans était de 31 388 personnes comparativement à 27 146 pour l'année 2004, la variation est donc de -13,5 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Estimations et projections de la population selon la région sociosanitaire, le sexe et le groupe d'âge, au 1er juillet, 1981 à 2021*. Mars 2003

Population selon les réseaux locaux de services et les districts sociosanitaires

RLS	Population par RLS	DSS	Année	Total	0 – 17 ans	18 – 39 ans	40 – 64 ans	65 – 74 ans	75 ans et plus
du Haut-St-Maurice	16 582	Haut-St-Maurice	***1998***	16 582	4 212	5 116	5 202	1 299	753
	16 292		***2004***	16 292	3 685	4 564	5 737	1 266	1 040
	- 1,7		*Variation*	- 1,7 %	- 12,5 %	- 10,8 %	10,3 %	-2,5 %	38,1 %
de la Vallée-de-la-Batiscan	25 887	Mékinac	***1998***	13 514	2 685	3 611	4 859	1 391	968
			2004	12 891	2 109	3 005	5 192	1 375	1 210
	25 014		*Variation*	- 4,6 %	- 21,5 %	- 16,8 %	6,9 %	- 1,2 %	25,0 %
		des Chenaux	***1998***	12 373	2 753	3 289	4 117	1 189	1 025
	- 3,4		***2004***	12 123	2 448	2 896	4 538	1 073	1 168
			Variation	- 2,0 %	- 11,1 %	- 11,9 %	10,2 %	- 9,8 %	14,0 %
du Centre-de-la-Mauricie	67 782	Centre-de-la-Mauricie	***1998***	67 782	13 660	18 936	23 452	7 008	4 726
	65 694		***2004***	65 694	11 139	16 415	25 940	6 414	5 786
	- 3,1		*Variation*	- 3,1 %	- 18,5 %	- 13,3 %	10,6 %	- 8,5 %	22,4 %
de Maskinongé	24 188	Maskinongé	***1998***	24 188	4 822	6 921	8 569	2 266	1 610
	23 540		***2004***	23 540	3 904	6 019	9 271	2 424	1 922
	- 2,7		*Variation*	- 2,7 %	- 19,0 %	- 13,0 %	8,2 %	7,0 %	19,4 %
de Trois-Rivières	130 233	Cap-de-la-Madeleine	***1998***	47 438	10 601	14 370	16 444	3 730	2 293
			2004	47 051	9 199	12 556	18 344	3 922	3 030
	131 135		*Variation*	- 0,8 %	- 13,2 %	- 12,6 %	11,6 %	5,1 %	32,1 %
		Trois-Rivières	***1998***	82 795	16 304	26 441	28 163	6 956	4 931
	0,7		***2004***	84 084	14 947	24 542	31 298	7 122	6 175
			Variation	1,6 %	- 8,3 %	- 7,2 %	11,1 %	2,4 %	25,2 %
de Bécancour Nicolet-Yamaska	44 127	Nicolet-Yamaska	***1998***	24 185	5 695	7 255	7 681	2 069	1 485
			2004	24 076	4 930	6 979	8 477	2 004	1 686
	43 396		*Variation*	- 0,5 %	- 13,4 %	- 3,8 %	10,4 %	- 3,1 %	13,5 %
		Bécancour	***1998***	19 942	4 737	5 865	6 416	1 682	1 242
	- 1,7		***2004***	19 320	4 189	4 866	7 061	1 711	1 493
			Variation	- 3,1 %	- 11,6 %	- 17,0 %	10,1 %	1,7 %	20,2 %
de Drummond	86 885	Drummond	***1998***	86 885	20 114	28 221	27 635	6 232	4 683
	91 824		***2004***	91 824	19 322	27 366	33 210	6 424	5 502
	5,7		*Variation*	5,7 %	- 3,9 %	- 3,0 %	20,2 %	3,1 %	17,5 %
d'Arthabaska et de l'Érable	89 726	Arthabaska	***1998***	64 879	15 727	20 585	20 593	4 524	3 450
			2004	66 544	14 139	19 825	23 718	4 729	4 133
	91 209		*Variation*	2,6 %	- 10,1 %	- 3,7 %	15,2 %	4,5 %	19,8 %
		de l'Érable	***1998***	24 847	5 811	7 516	8 145	1 930	1 445
	1,7		***2004***	24 665	5 179	6 925	8 916	1 918	1 727
			Variation	- 0,7 %	- 10,9 %	- 7,9 %	9,5 %	- 0,6 %	19,5 %

Source : Institut de la statistique du Québec, *Estimations et projections de la population selon le territoire de CLSC, le sexe et le groupe d'âge, au 1er juillet, 1981 à 2021*. Mars 2003

Les caractéristiques socio-économiques [1]

- 36 % des individus de 15 ans et plus ont un niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires. Cette proportion est plus élevée qu'au Québec et la situation persiste depuis plusieurs années.

- 9 % de taux de chômage, légèrement plus élevé qu'au Québec (8 %). La région compte davantage de prestataires de l'assistance emploi, soit 10 % de la population alors qu'au Québec la proportion s'élève à 9 %.

- Plus de 20 % de la population vit dans un ménage à faible revenu, proportion légèrement inférieure à ce qui est observé au Québec.

- Enfin, près de 10 % des 15 ans et plus (comme pour l'ensemble du Québec) souffrent d'insécurité alimentaire et cette proportion dépasse une sur quatre dans les ménages pauvres et très pauvres.

Les habitudes de vie et facteurs de risque [1]

- Près de 33 % des 15 ans et plus, présentent un excès de poids (cette proportion a augmenté depuis dix ans) et près 50 % pratiquent l'activité physique de loisirs seulement trois fois par mois ou moins et près de 33 % sont fumeurs.

- Pour ce qui est de facteurs de risque en sécurité routière, notons que parmi les cyclistes de 5 ans et plus, seulement 12 % portent le casque protecteur comparativement à 25 % pour les Québécois du même âge. Aussi, le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies est de 37 % plus élevé dans la région que pour l'ensemble du Québec.

Les problèmes de santé [1]

- Parmi les 15 ans et plus, près de 92 % affirment avoir une santé mentale excellente, bonne ou très bonne. Néanmoins, les problèmes de santé mentale représentent environ 11 % des causes d'incapacité.

- Près de 20 % des 15 ans et plus présentent un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Au cours d'une période de douze mois, environ 4 % des 15 ans et plus disent avoir pensé sérieusement au suicide et autour de 10 personnes sur 1 000 déclarent avoir posé des gestes suicidaires. Ces chiffres se comparent au Québec.

- Près de 90 % des gens se disent satisfaits de leur état de santé physique.

- Les problèmes les plus souvent déclarés par les individus et ayant une prévalence de plus de 10 % sont, par ordre d'importance : l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de tête, les allergies ou affections cutanées et les maux de dos. Les principales causes de limitations d'activités sont d'ordre ostéo-articulaire (25 %), respiratoire (14 %), cardiovasculaire (11 %) et accidentel (10 %).

- Les causes d'hospitalisation se répartissent ainsi : les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire, les tumeurs, et finalement, les traumatismes et empoisonnements.

L'espérance de vie et mortalité [1]

- L'espérance de vie de 77,7 ans varie selon le sexe (81,3 ans pour les femmes et 74,1 ans pour les hommes) et selon le niveau socio-économique (les hommes favorisés ont cinq ans de plus d'espérance de vie que ceux qui sont moins favorisés socio-économiquement).

- L'espérance de vie des hommes de la région est plus faible que celle des hommes du Québec (74,1 ans contre 74,9 ans). La mortalité prématurée par traumatismes et empoisonnements y est pour beaucoup. Cette cause contribue aux écarts d'espérance de vie masculine observés entre les districts sociosanitaires de la région.

- Sans tenir compte de l'âge, les principales causes de mortalité sont, par ordre d'importance :

  - les maladies de l'appareil circulatoire,
  - les tumeurs,
  - les maladies de l'appareil respiratoire et les traumatismes non intentionnels :
    - la région présente pour cette dernière cause, une surmortalité par rapport au Québec (34,6 pour 100 000, comparativement à 26,2 pour 100 000),
    - le taux de mortalité par suicide est plus élevé dans la région (24,3 / 100 000) qu'au Québec (19,7 / 100 000).

(1) Rapport annuel 2002-2003 de l'Agence (selon le cas : Statistique Canada - recensement de 2001, Enquête sociale et de santé 1998 et autres).

Réseau des établissements au 31 mars 2004 et regroupement en nouvelles instances locales

TERRITOIRE SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE				
Districts sociosanitaires	**Établissements**			
	CLSC	**CHSLD**	**CH**	**CR**
Haut Saint-Maurice	Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice			
Mékinac Des Chenaux	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan			
Centre-de-la-Mauricie	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie		Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie	Centre de réadaptation InterVal
		Centre Vigi Les Chutes inc. (privé conventionné)		
Maskinongé	Centre de santé de la MRC de Maskinongé			
Trois-Rivières	CLSC Les Forges	Centre d'hébergement et de soins de longue durée Le Trifluvien	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie / Centre-du-Québec
Cap-de-la-Madeleine	Centre de santé Cloutier-du Rivage			
TERRITOIRE SOCIOSANITAIRE DU CENTRE-DU-QUÉBEC				
Nicolet – Yamaska	Centre de santé Nicolet – Yamaska			Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec
Bécancour	Centre de santé Les blés d'or			
Drummond	CLSC Drummond	CHSLD Cœur-du-Québec	Hôpital Sainte-Croix	
Arthabaska	CLSC Suzor-Coté	CHSLD Ermitage de la MRC d'Arthabaska	Hôtel Dieu d'Arthabaska	Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
		Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. (privé conventionné)		
L'Érable	CLSC-CHSLD de l'Érable			
		*Hôpital Saint-Julien		

* *Le 12 décembre 2002, les derniers usagers de l'Hôpital Saint-Julien ont quitté l'établissement pour se diriger vers leur nouveau milieu de vie résidentiel.*

Les couleurs indiquent le regroupement des établissements à l'intérieur des nouvelles instances locales.

Le réseau régional

Au 31 mars 2004, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 25 établissements :

- 11 établissements à mission de type CLSC, dont 8 d'entre eux avec une mission d'hébergement et de soins de longue durée à laquelle s'ajoute, dans quelques cas, une mission complète (Haut-Saint-Maurice) ou une partie de mission de type hospitalier. Ainsi, 3 CLSC opèrent une urgence 24/7.

  Chacun des 11 établissements exerce sa responsabilité à l'endroit de la population d'un seul district sociosanitaire déterminé, à l'exception du Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan qui, pour sa part, est responsable d'un territoire formé de deux districts sociosanitaires, ceux de Mékinac et des Chenaux. Depuis 1996, toute la planification, l'organisation et la coordination des services dans la région sont pensées et mises en œuvre en fonction de l'existence de ces 11 territoires de CLSC.

- 3 CHSLD publics, dans les districts de Trois-Rivières, Drummond et Arthabaska.

- 2 CHSLD privés conventionnés situés à Shawinigan et Ham-Nord.

- 4 CH offrant des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale à l'égard d'un bassin de desserte correspondant à un ou plusieurs territoires de CLSC. L'ordre de grandeur de ces bassins de desserte, qui évidemment fluctue dans le temps et selon les spécialités, est le suivant :

  - Hôpital Sainte-Croix (HSC), Drummondville : 91 000,
  - Hôtel-Dieu d'Arthabaska (HDA) : 91 000,
  - Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM) : 79 000,
  - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) : 211 000.

  Le Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice offre des services hospitaliers à la population de 16 300 personnes du Haut-Saint-Maurice.

- 4 établissements à mission régionale : le Centre jeunesse, le Centre de réadaptation InterVal (déficience physique), Domrémy (dépendances) et le Centre de services en déficience intellectuelle. Le CHCM assume, en plus de sa mission de centre hospitalier de courte durée, un mandat régional en santé mentale.

- L'Hôpital Saint-Julien, a complété en décembre 2002 le transfert vers d'autres établissements et l'intégration dans la communauté de la totalité de ses résidants.

La région comptait également au 31 mars 2004 sur :

- Une Maison des naissances où sont prodigués des services de sage-femme.

- 145 ressources intermédiaires et 905 ressources de type familial ou résident environ 3 500 personnes à travers la région (4 165 places accréditées).

- 241 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

- 15 entreprises ambulancières, comptant 280 techniciens ambulanciers, qui ont effectué environ 42 000 transports en 2002-2003.

- Une centrale de réception des appels et d'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région.

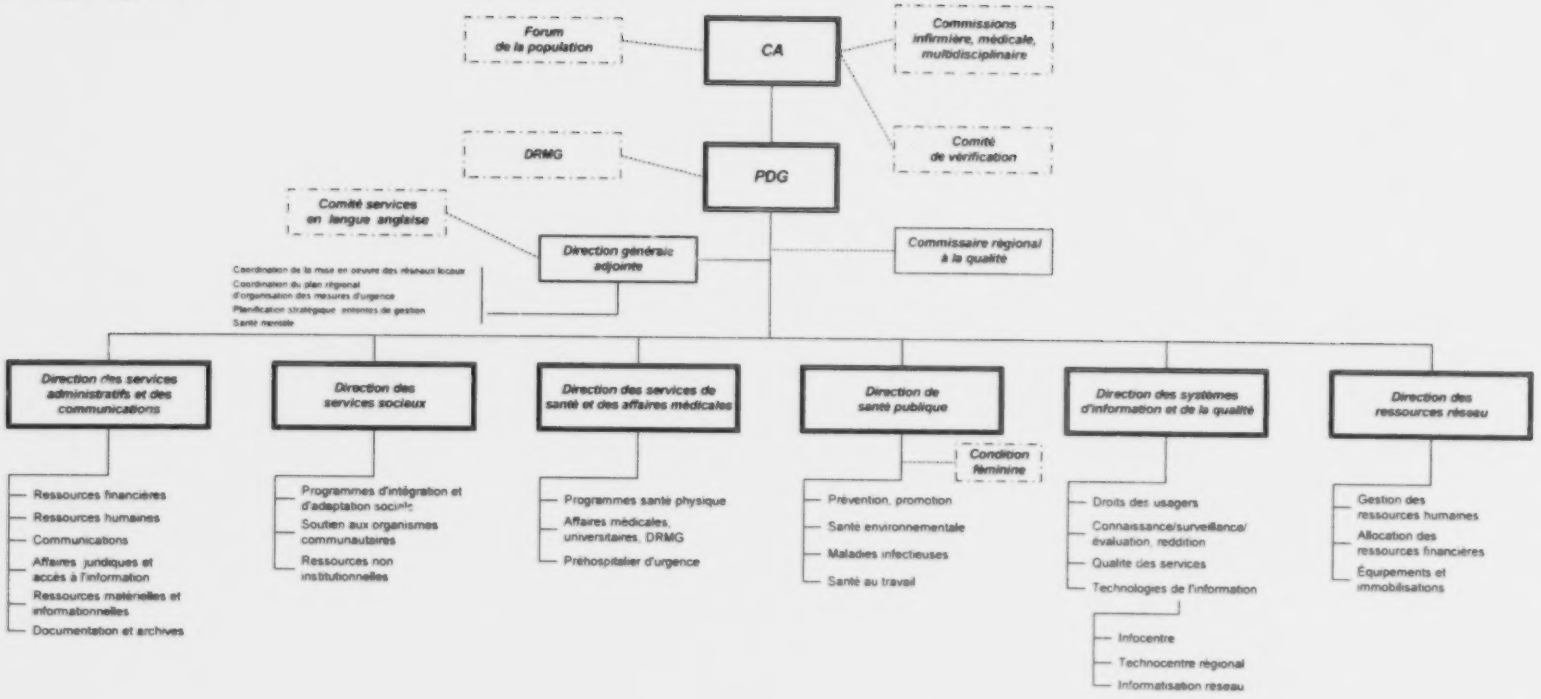
- 10 groupes de médecine de famille (GMF), situés dans les districts d'Arthabaska (2), de l'Érable (1), Drummond (4), Nicolet-Yamaska (2) et Centre-de-la- Mauricie (1).

- 117 cliniques médicales privées.

- 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique qui ont dispensé plus de 683 000 heures de services en 2002-2003.

- Plus de 99,5 % du territoire est couvert par le 9-1-1 à l'exception de 3 municipalités rurales : Maddington (MRC Arthabaska), Lac Boulé et Rivière de la Savane (MRC Mékinac).

L'organigramme



L'Agence
Sa mission, ses valeurs et son fonctionnement

L'Agence de santé et de services sociaux a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien être de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. À cette fin :

- Elle assure une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats.
- Elle propose et convient avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaire et institutionnel, de leur contribution attendue dans le respect des responsabilités de chacun en cohérence avec les orientations et priorités ministérielles.
- Elle crée des conditions facilitantes pour permettre aux réseaux et aux partenaires d'assurer leurs responsabilités au regard de la santé et des services sociaux.
- Elle s'assure de la qualité (efficience, efficacité, pertinence et interdépendance) des actions du réseau de la santé et des services sociaux.

Face à la population de sa région, l'Agence prend les **engagements** suivants :

- Faire en sorte que les citoyens puissent compter sur une organisation de services qui assure un accès, sans discrimination et dans le respect de leur condition, à des services et à des interventions de qualité accessibles, coordonnés, personnalisés et continus.
- Favoriser une participation active et soutenue des citoyens et de l'ensemble des secteurs d'activité de la société, pour améliorer la santé et le bien-être et réduire les inégalités sociales et de santé de même que leurs conséquences.

L'Agence considère son **personnel** comme étant le moteur de son organisation et, à ce titre :

- Reconnaît son expertise acquise et son apport à l'analyse des situations, à la définition des orientations, à la conduite des processus et à l'atteinte des objectifs de l'organisation.
- Favorise le développement des compétences permettant à chaque personne d'assumer les responsabilités qui lui sont confiées et l'imputabilité qui s'y rattache, et ce, dans une approche favorisant le travail en équipe.

L'Agence considère ses **partenaires** comme des collaborateurs et, à ce titre :

- Leur reconnaît une contribution et une expertise essentielles à la réalisation de la mission de l'Agence.
- Respecte leur autonomie et leurs différences.
- Favorise leur implication dans les différents processus qu'elle conduit.

Le plan d'organisation de l'Agence compte 6 directions. Depuis 2001, 3 nouvelles instances consultatives se sont greffées, soit le Forum de la population et les commissions infirmière et multidisciplinaire régionales.

Au-delà de ces structures formelles, l'Agence est en lien constant avec le réseau régional par l'entremise de très nombreux lieux de discussion, parmi lesquels il convient de signaler :

- La Table de l'équipe de direction de l'Agence et de l'ensemble des directeurs généraux des établissements de la région, qui se réunit aux 5 semaines.
- Le Comité de liaison Agence-Table régionale des organismes communautaires (TROC) qui assure, par des rencontres fréquentes, des rapports fructueux entre l'Agence et les organismes communautaires.
- De très nombreux comités de travail ad hoc constitués avec la collaboration des partenaires, pour disposer de problématiques particulières ou pour réaliser des mandats bien précis.

Les effectifs de l'Agence au 31 mars 2004

	1999		2004		Écart	
Cadres	**Nb**	**ÉTP**	**Nb**	**ÉTP**	**Nb**	**ÉTP**
Temps plein	9	9	10	10	1	1
Temps partiel						
En replacement	1	1	0	0	-1	-1
En disponibilité						
Sous-total	***10***	***10***	***10***	***10***	***0***	***0***
Employés réguliers						
Temps plein	94	94	113	113	19	19
Temps partiel	12	7,4	11	8,14	-1	,74
En replacement						
En disponibilité			2	1,8	2	1,8
Sous-total	***106***	***101,4***	***126***	***122,94***	***20***	***21,54***
Occasionnels						
Temps plein	11	11	48	48	37	37
Temps partiel	19	66,38	6	3,6	-13	-2,78
En replacement						
En disponibilité						
Sous-total	***30***	***17,38***	***54***	***51,6***	***24***	***34,22***
Temps plein	114	114	171	171	57	57
Temps partiel	31	13,78	17	11,74	-14	-2,04
En replacement	1	1			-1	-1
En disponibilité			2	1,8	2	1,8
Total	**146**	**128,78**	**190**	**184,54**	**44**	**55,76**

Les ressources financières

	1998-1999	2003-2004	Variation
Budget de l'Agence	4 482 102 $	5 137 107 $	655 005 $
Budget de la DSP	3 376 499 $	4 475 302 $	1 098 803 $
Total du budget d'exploitation	7 858 601	9 612 409 $	1 753 808 $
Fonds des activités accessoires	n.d	93 970 $	93 970 $
Fonds des activités régionalisées	n.d	1 483 009 $	1 483 009 $
Fonds affectés	8 273 897 $	13 852 726 $	5 578 829 $

L'augmentation des fonds affectés est due principalement au fonds préhospitaliers d'urgence qui a pratiquement doublé depuis 1998-1999 passant de 5 986 146 $ à 10 159 017 $.

Les ressources humaines

L'Agence est constituée de 10 cadres à temps complet et quelque 180 professionnels et employés de bureau pour interagir avec l'ensemble du réseau ainsi qu'avec les partenaires locaux, régionaux et nationaux. Notre taux d'encadrement depuis 1999 est passé de 1 cadre pour 12,9 employés à 1 cadre pour 18,5 employés.

Les effectifs de l'Agence se sont accru de l'équivalent de 55,8 postes à temps complet entre 1999 et 2004, et ce, pour les principaux motifs suivants :

- Transfert à l'Agence de la responsabilité du Technocentre régional (7 ETP).
- Accroissement des postes dédiés à des fonctions de santé publique (8 ETP).
- Accroissement des postes dédiés à d'autres fonctions (4 ETP).
- Délégation de nouveaux mandats confiés à l'Agence, avec octroi de ressources non récurrentes en conséquence, par le Ministère ou par entente avec divers partenaires (ex. : Institut national de la sécurité publique du Québec, ministère de la Sécurité civile), sur des sujets tels que le jeu excessif, la gestion des affaires médicales, la lutte au cancer, le diabète, la violence faite aux femmes, l'allaitement maternel, le Centre de communication santé, le soutien aux GMF, les pratiques médicales préventives, le plan des mesures d'urgence pour la Centrale nucléaire Gentilly 2, le dossier tuberculose, la désinstitutionnalisation des résidents de l'Hôpital Saint-Julien, les services préhospitaliers d'urgence, le Programme de soutien aux jeunes parents, etc. (34,2 ETP). L'engagement de ces ressources humaines est financé par le biais d'ententes avec des partenaires, par l'utilisation du fonds d'exploitation ou par l'utilisation, autorisée au cas par cas par le Ministère, de fonds affectés ou de fonds d'activités régionalisées.

Les ressources financières

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 9,6 millions en 2003-2004. Près de la moitié de ce budget (46,6 %) est consacrée aux fonctions de santé publique alors que 53,4 % est affecté aux fonctions de coordination du réseau.

Entre 1998-1999 et 2003-2004, le budget d'exploitation de l'Agence s'est accru de 22,3 %, passant de 7,858 millions à 9,612 millions. Pendant la même période, le volume d'employés et de cadres titulaires de poste est passé de 111,4 à 132,9 ETP, soit une croissance de 19,3 %.

L'examen de la progression des deux composantes budgétaires de l'Agence entre 1998-1999 et 2003-2004, indique :

- Une croissance de 32,5 % des ressources en santé publique.
- Une croissance de 14,6 % des ressources à la coordination du réseau.

Le budget de l'Agence dédié à la coordination du réseau totalisait 5,13 millions en 2003-2004, soit 0,7 % du budget de 739,1 millions du réseau régional dont l'Agence assume la coordination.

La croissance du budget de l'Agence dédié à la coordination du réseau a été de 14,6 % entre 1998-1999 et 2003-2004, comparativement à une progression de 27,8 % pour le budget du réseau régional qui est passé de 578,1 millions à 739,1 millions.

À compter de 2003-2004, l'Agence doit assumer une compression budgétaire de 0,9 millions échelonnée sur 3 ans. Cette compression ne peut être appliquée qu'aux fonctions administratives de la santé publique et au budget dédié à la coordination du réseau.

Évolution des catégories d'établissements

	1993-94	1995-96	1997-98	1998-99	2003-2004	2004-2005
CLSC	12	12	11	11	3	0
Centre de santé	0	0	0	0	7	0
CLSC-CHSLD	0	0	0	0	1	0
CHSLD	29	17	6	6	4	0
CHSGS	10	10	4	4	4	1
CJ	4	1	1	1	1	1
CR	6	3	3	3	3	3
Sous-total	**61**	**43**	**25**	**25**	**23**	**5**
CHSLD Privé conventionné	3	3	3	2	2	2
CR Privé conventionné	1	1	1	0	0	0
Sous-total	4	4	4	2	2	2
Privé non conventionné	0	0	0	0	0	0
CSSS (nouvelles instances)	0	0	0	0	0	8
Total	**65**	**47**	**29**	**27**	**25**	**15**

Évolution de l'enveloppe budgétaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec de 1995 – 1996 à 2003 – 2004, en incluant les ventes de services

Programme	1995-1996	2003-2004	Variation 1995-1996 / 2003-2004	
			Montant	%
Prévention-promotion	10 194 762	17 445 516	7 250 754	71,12%
Santé physique	256 936 311	292 064 102	35 127 791	13,67%
Santé mentale	38 177 100	53 797 947	15 620 847	40,92%
Enfance-jeunesse-famille	34 502 252	50 979 289	16 477 037	47,76%
Personnes âgées en perte d'autonomie	163 294 229	212 249 316	48 955 087	29,98%
Déficience physique	11 512 291	20 998 752	9 486 461	82,40%
Déficience intellectuelle (1)	55 195 218	47 945 636	(7 249 582)	(13,13%)
Alcoolisme et toxicomanie	2 766 881	3 640 491	873 610	31,57%
Secteur communautaire	9 215 693	22 586 654	13 370 961	145,09%
Services préhospitaliers	11 752 965	17 458 679	5 705 714	48,55%
Total	**593 547 702**	**739 166 382**	**145 618 680**	**24,53%**

(1) Incluant l'Hôpital Saint-Julien. Suite à la désinstitutionnalisation des résidents de l'Hôpital Saint-Julien, des budgets ont été transférés dans d'autres régions en fonction des usagers relocalisés à l'extérieur de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Notre bilan sommaire depuis 1996

Pour apprécier les résultats actuels, il est utile de rappeler les faits saillants de l'évolution de la dernière décennie. Cette période est caractérisée par l'adoption et la mise en oeuvre de deux planifications stratégiques régionales.

- Le plan de transformation 1996-1999, contenu dans le document intitulé *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs : Décisions 1996*, adopté le 1er mai 1996 par le conseil d'administration de la Régie régionale et approuvé par le ministre, le 3 juillet 1996.

- Le plan de consolidation 1999-2002, contenu dans le document intitulé *Plan de consolidation 1999-2002 : Une vision d'amélioration continue pour un réseau tissé serré*, adopté le 21 avril 1999 par le conseil d'administration de la Régie régionale.

Au cours de cette période marquée aussi par la lutte pour l'atteinte du déficit zéro et par un programme intensif de départs volontaires à la retraite, l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec se singularise de la façon suivante :

a) En vue d'améliorer la continuité et l'efficacité des services à la population, le réseau connaît des changements structurels majeurs. Le nombre d'établissements est réduit de 47 à 25 par l'entremise de nombreuses fusions et de 2 fermetures. La région passe de 10 à 4 hôpitaux et il y a fusion des CLSC, CHSLD et, parfois de petits hôpitaux, dans 8 des 11 territoires de CLSC.

b) Afin d'accroître les services de première ligne et de rétablir l'équité entre les territoires, la région procède à compter de 1996 à des réallocations budgétaires d'envergure. Ainsi, à partir d'un budget de fonctionnement annuel brut de 595 millions en 1995-1996, la région réalloue de façon récurrente 65,3 millions de 1996-1997 à 1999-2000, soit plus de 11% de l'enveloppe initiale.

De 1995-1996 à 2003-2004, l'évolution de l'enveloppe budgétaire par programme-services est marquée par des augmentations oscillant entre 13,67 % pour le programme santé physique, 82,4% pour le programme déficience physique et 145,09 % pour le secteur communautaire. Globalement, l'enveloppe régionale croît de 24,53 % ou 145,6 millions, pour atteindre 739,1 millions.

c) Comme le relate notre *Bilan du Plan de consolidation 1999-2002* de décembre 2001, la région, à travers ces mouvements :

   - A accru de façon très significative l'éventail et l'intensité des services disponibles dans chaque territoire de CLSC, qu'ils s'agissent de services de première ligne dispensés par les établissements à vocation locale ou encore de services spécialisés offerts de façon déconcentrée par les établissements à mission régionale. Lorsque cette déconcentration n'a pu atteindre le niveau local, elle s'est tout de même réalisée sur des bases sousrégionales.

   - A grandement rétabli l'équité dans la répartition des ressources entre les différents territoires de la région, notamment en finançant les établissements sur des bases comparables. C'est particulièrement le cas pour les CHSLD et les centres hospitaliers. Quant aux CLSC, la correction des écarts se réalise de façon plus progressive.

   - A réussi à offrir à sa population un réseau tissé plus serré qu'avant, bien que de nombreux progrès restent à faire. Des gains significatifs ont eu lieu du côté de la coordination et de la personnalisation des services, de la mise en réseau informatique et du travail en partenariat au niveau territorial entre les établissements, les organismes communautaires et les acteurs d'autres secteurs d'activité.

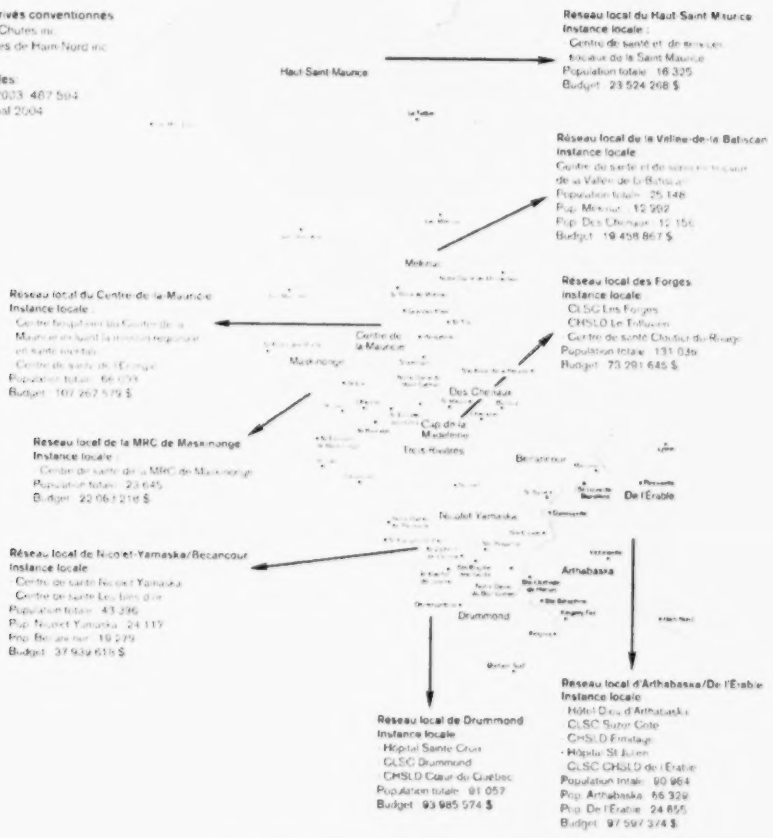
d) Toutefois, malgré les progrès effectués, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec demeure aux prises avec plusieurs défis et problèmes importants.

Cartographie des réseaux locaux

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Centre de services en déficience intellectuelle MCQ
- Centre de réadaptation InterVal
- Domremy MCQ
- Les Centres jeunesse MCQ

Établissements privés conventionnés
- CHSLD Vig. Les Chutes inc.
- Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.

Données régionales:
Population totale 2003: 487 594
Budget brut régional 2004
717 364 452 $



Cartographie des réseaux locaux

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Centre de services en déficience intellectuelle MCQ
- Centre de réadaptation InterVal
- Domrémy MCQ
- Les Centres jeunesse MCQ

Établissements privés conventionnés
- CHSLD Vigi Les Chutes inc.
- Foyer Sainte-Anges de Ham-Nord inc.

Données régionales:
Population totale 2003: 487 594
Budget brut régional 2004
717 384 452 $

Réseau local du Haut-Saint-Maurice
Instance locale :
- Centre de santé et de services sociaux de la Saint Maurice

Population totale : 16 325
Budget : 23 524 268 $

Réseau local de la Vallée-de-la-Batiscan
Instance locale :
Centre de santé et de services sociaux de la Vallée de la-Batiscan
Population totale : 25 148
Pop. Mékinac : 12 992
Pop. Des Chenaux : 12 156
Budget : 19 458 867 $

Réseau local du Centre-de-la-Mauricie
Instance locale :
- Centre hospitalier du Centre de la Mauricie incluant la mission régionale en santé mentale
- Centre de santé de l'Énergie

Population totale : 66 003
Budget : 107 267 579 $

Réseau local des Forges
Instance locale :
- CLSC Les Forges
- CHSLD Le Trifluvien
- Centre de santé Cloutier du Rivage

Population totale : 131 036
Budget : 73 281 645 $

Réseau local de la MRC de Maskinongé
Instance locale :
- Centre de santé de la MRC de Maskinongé

Population totale : 23 645
Budget : 22 063 218 $

Réseau local de Nicolet-Yamaska/Bécancour
Instance locale :
- Centre de santé Nicolet Yamaska
- Centre de santé Les blés d'or

Population totale : 43 396
Pop. Nicolet Yamaska : 24 117
Pop. Bécancour : 19 279
Budget : 37 939 618 $

Réseau local de Drummond
Instance locale :
- Hôpital Sainte-Croix
- CLSC Drummond
- CHSLD Cœur-du-Québec

Population totale : 91 057
Budget : 83 985 574 $

Réseau local d'Arthabaska/De l'Érable
Instance locale :
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- CLSC Suzor-Coté
- CHSLD Emmaüs
- Hôpital St-Julien
- CLSC CHSLD de l'Érable

Population totale : 90 984
Pop. Arthabaska : 66 329
Pop. De l'Érable : 24 655
Budget : 97 597 374 $

Notre bilan sommaire depuis 1996 (suite)

D'abord, la population de la région a connu et continue de connaître de graves problèmes d'accès aux services médicaux généraux et spécialisés. Ces problèmes sont principalement causés par une répartition inadéquate des médecins entre les régions du Québec et par le peu de succès connu par la région en matière de recrutement de nouveaux médecins avec les règles du jeu qui ont prévalu jusqu'à tout récemment, et ce, en dépit des efforts intensifs déployés par les établissements et l'Agence. Or, ce manque de médecins fragilise beaucoup l'organisation actuelle des services et handicape la région dans la réponse adéquate aux besoins actuels de la population à tout niveau, de la prévention au traitement et à la réadaptation. Avec seulement 76,7% des effectifs médicaux requis, la région est celle qui vit la pire situation au Québec relativement à l'accès à un médecin de famille et à la réponse aux besoins grandissants des établissements de santé. À titre comparatif, la seconde région en mauvaise posture à ce chapitre connaît un taux d'atteinte de son PREM de 83,3 %.

En plus des problèmes d'accès aux médecins de famille et aux médecins spécialistes, d'autres défis et problèmes de gestion et d'organisation des services demeurent d'importance dans la région. À l'automne 2002, les dirigeants des établissements et de l'Agence menaient une analyse de la situation qui a conduit à la liste suivante de défis et problématiques jugés prioritaires. Bien qu'elle puisse être considérée incomplète, cette liste apparaît encore d'actualité.

- La mise en place de réseaux de services intégrés.
- L'accès et la coordination des services aux personnes présentant des multiproblématiques ou présentant des problèmes à ce point complexes qu'elles requièrent l'intervention de plusieurs organismes, établissements et professionnels.
- La comparabilité des services locaux offerts par les CLSC de la région.
- Une meilleure définition des services de première ligne des CLSC par rapport à ceux des établissements de réadaptation.
- La pression croissante sur le programme de services aux personnes en perte d'autonomie en raison de l'évolution démographique.
- L'adaptation des milieux d'hébergement institutionnels et non institutionnels aux besoins évolutifs de la clientèle : troubles cognitifs, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle et soins de confort.
- La clarté et la cohérence des actions de promotion et de prévention. On peut toutefois prétendre que l'adoption en décembre 2003 du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* et les travaux d'élaboration des plans d'action locaux de santé publique ont déjà permis des gains significatifs à cet égard.
- La rétention de la population de la région par les établissements offrant des services spécialisés.
- La poursuite du déploiement des technologies de l'information et leur soutien financier.
- Le soutien aux changements de pratique par le développement des compétences.
- La planification de la main-d'oeuvre, la gestion des pénuries et de la relève.

On le voit, les défis et problèmes d'organisation des services encore présents dans la région, malgré tous les efforts déployés depuis 1996, correspondent en grande partie à ceux auxquels veut justement s'attaquer, d'une façon plus structurée et systématique, le projet d'intégration des services basé sur des réseaux locaux de services.

Un autre constat s'impose à la lecture de ce bref bilan. C'est que le projet d'intégration lancé par la mise en oeuvre du projet de loi 25 est en directe continuité avec les changements amorcés dans la région en 1996. Il ne s'agit donc pas d'un virage à 180 degrés, bien au contraire.

Modalités de consultation de la population utilisées par l'Agence

	Commission Clair	Plan d'action régional de santé publique	Réseaux locaux de services	Orientations en déficience intellectuelle	Cibles d'action prioritaires en suicide	Mesure d'urgence	Agression sexuelle dans les bars
Ligne téléphonique dédiée sans frais	x		x				
Grille de sondage sur le site Internet	x	x	x				
Mémoire individuel	x		x	x			
Rencontres de consultation grand public	x						
Audiences publiques régionales	x						
Diffusion de documents	x		x				
Conférence de presse	x		x	x			
Documentation sur le site Internet	x		x	x			
Émission de télévision	x						
Placements médias	x		x				
Entrevues	x		x	x			
Production d'affiches	x		x				
Groupes de discussion				x	x	x	x
Questionnaire de consultation			x				
Entrevues par questionnaire dans les salles d'attente des CLSC		x					

La participation de la population à la gestion du réseau

Sommaire

En 2002, l'Agence a mis en place et supervisé les processus de nomination des membres des conseils d'administration des 23 établissements publics de la région ainsi que des membres du Forum de la population, et organisé des séances de formation pour le développement des compétences attendues chez ces personnes issues de la population. L'Agence a également tenu de nombreuses consultations auprès de la population, en utilisant des moyens très variés. De ces consultations, deux constantes ressortent parmi les préoccupations de la population : l'accès aux services médicaux et les changements structurels dans l'organisation des services dans leur communauté.

Les informations complémentaires

Constitution des conseils d'administration des établissements :

- Soutien à l'élaboration et l'adoption des règlements d'élection et de désignation.
- Formation à l'intention des présidents des processus de désignation et d'élection.
- Supervision du processus d'élection des représentants de la population : information à la population, dépliant, information aux médias, etc.
- Processus électoral mis en place qui permet de combler les différents sièges de représentants de la population dans 20 des 23 établissements concernés.
- Supervision du processus de désignation de certains membres des conseils d'administration.
- Désignation par l'Agence de 66 personnes au sein des conseils d'administration des établissements à titre de « personnes désignées par l'Agence de santé et de services sociaux ».

Le développement des compétences des membres de conseil d'administration

- En 2003, 210 des 359 membres des nouveaux conseils d'administration d'établissement ont profité de notre programme régional de formation centré sur la compréhension du rôle et des responsabilités du membre de conseil d'administration au sein d'un établissement public de santé et de services sociaux. Les résultats de l'évaluation de ces activités témoignent du niveau élevé de satisfaction des participants.

La mise en place du Forum de la population

- Des 15 sièges du Forum de la population, 2 sont réservés à des personnes issues des comités d'usagers des établissements de la région et les 13 autres sont destinés aux candidatures proposées par plus de 80 organismes socio-économiques ou regroupements d'envergure régionale, identifiés en étroite collaboration avec le Conseil régional de concertation et de développement du Centre-du-Québec et le Conseil régional de développement de la Mauricie.
- Au sein du Forum de la population, chacun des 11 territoires de CLSC est représenté ainsi que les communautés autochtones et la communauté anglophone. Un équilibre est maintenu entre le Centre-du-Québec et la Mauricie, les femmes et les hommes, ainsi qu'entre les différents groupes d'âge (35 ans ou moins - plus de 35 ans et 55 ans ou moins - plus de 55 ans).
- Depuis sa mise sur pied en octobre 2002, le Forum de la population s'est réunit à 14 reprises, avec un taux de participation global supérieur à 70 %, et a produit 5 recommandations au conseil d'administration de l'Agence.

Tableau des candidatures reçues pour la composition du Forum de la population

Candidatures proposées		34
Candidatures valides		28
	Femmes	16
	Hommes	12
	Moins de 35 ans	3
	De 35 à 55 ans	13
	Plus de 55 ans	12

Responsabilités légales du Forum de la population et recommandations acheminées au conseil d'administration

Modalités de consultation de la population	• Planification stratégique triennale • Plan d'action régional de santé publique • Proposition du modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services
Amélioration de la satisfaction de la population	• Plan d'action régional de santé publique • Proposition du modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services

La participation de la population à la gestion du réseau (suite)

Nous pouvons conclure que les membres du Forum se sont acquittés de leurs deux responsabilités légales envers le conseil d'administration de l'Agence en se prononçant sur les modes de consultation de la population et sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population.

- En plus de se prononcer sur ces questions majeures, les membres du Forum se sont également appropriés les dossiers suivants :
  - Les rapports sur la procédure d'application des plaintes.
  - Le traitement des signalements envers les ressources résidentielles privées.
  - Le soutien des comités d'usagers par l'Agence.
  - La prestation sécuritaire des services en établissements (accidents – incidents).
  - Les sondages de satisfaction en CHSLD.
  - Le rapport de plaintes traitées par l'Agence.
  - Les visites d'appréciation en CHSLD.
  - Le Rapport du Directeur de santé publique.
- Les 2 rencontres publiques tenues avec le conseil d'administration de l'Agence ont été fort appréciées par les 2 parties. Dans leurs rapports d'activités, les 2 présidents successifs du Forum se sont dits très satisfais du rôle joué par le Forum et des relations entretenues avec l'Agence.

La consultation de la population

- 4 grands exercices de consultation ont marqué la période :
  - Automne 2000 : Commission Clair.
  - Automne 2002 : Cibles d'action prioritaires dans le dossier du suicide.
  - Automne 2003 : Plan d'action régional de santé publique.
  - Hiver 2004 : Proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services.
- En plus, l'Agence a mené des consultations significatives, bien que de moindre envergure, dans certains dossiers d'importance comme le révèle le tableau de la page précédente.
- Finalement, tous les sondages menés par l'Agence sur les attentes et la satisfaction des usagers entraînent nécessairement une forte influence de la population sur l'organisation des services.

Plaintes traitées par les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec : répartition par objets de plaintes

Objets de plaintes	2002-2003	%	2001-2002	2000-2001	1999-2000	1998-1999
Accessibilité et continuité des services	267	29 %	257	216	250	238
Soins et services dispensés	264	28,5 %	197	204	158	169
Relations interpersonnelles et communications	149	16 %	160	136	141	130
Environnement et installations matérielles	73	8 %	116	88	124	93
Aspects financiers	115	12,5 %	89	65	78	69
Droits particuliers et autres objets	58	6 %	56	57	72	65
Total	**926**	**100 %**	**875**	**766**	**823**	**764**

Répartition des plaintes traitées par type d'établissements

Types d'établissement	2002-2003	%	2001-2002	2000-2001	1999-2000	1998-1999
Mission CH	473	51 %	504	432	572	516
Mission CLSC Centre de santé	287	31 %	230	157	117	124
Mission CHSLD	52	6 %	53	73	57	95
Mission Centre de réadaptation	114	12 %	88	104	77	29
Total	**926**	**100 %**	**875**	**766**	**823**	**764**

Objets de plaintes traités par le médecin examinateur

Catégories d'établissements	2002-2003	%	2001-2002	2000-2001	1999-2000	1998-1999
CH	59	54 %	57	33	49	53
CLSC - Centres de santé	49	45 %	36	26	33	28
CHSLD	1	1 %	4	0	–	1
Total	**109**	**100 %**	**97**	**59**	**82**	**82**

Le respect des droits des usagers

Sommaire

Depuis 1999, l'Agence s'assure du respect des droits des usagers par une démarche d'amélioration continue de la qualité des services. Les moyens mis de l'avant sont la réalisation des sondages de satisfaction des usagers (sondages réalisés entre 1999 et 2004), le soutien aux comités des usagers des établissements dans leur rôle d'accompagnement et de défense des droits, la conduite d'activités d'amélioration de la qualité dans les établissements, le soutien aux commissaires locaux à la qualité et le traitement des signalements dans les résidences privées pour personnes âgées.

Le soutien aux comités des usagers

- Création d'une table régionale des comités des usagers (4 à 5 rencontres par année)
- Journée régionale sur les comités des usagers (2000, 2002 et 2003).
- Semaine régionale des comités des usagers (2002 et 2003).
- Consultation de la table régionale :
  - Plan de consolidation.
  - Constitution des instances locales.
- Production de matériel et de documents de promotion des activités des comités dont un document de réflexion sur le rôle et le fonctionnement des comités des usagers au sein d'un établissement à vocation multiple (2003).

La mesure de la satisfaction des usagers

- Traitement des plaintes (voir les tableaux)) :
  - Les centres hospitaliers sont les établissements qui traitent le plus grand nombre de plaintes des usagers.
  - L'accessibilité et la continuité des services constituent la principale catégorie d'objet de plaintes traitées par les établissements. Les soins et services dispensés constituent la seconde catégorie en importance, suivie des relations interpersonnelles et les communications.
  - Ces 3 catégories représentent près de 75 % de l'ensemble des plaintes traitées dans les établissements en 2002-2003.
- Sondage de mesure de la satisfaction : l'Agence de santé et de services sociaux a mené, depuis l'année 2000, plusieurs sondages dans le but de déterminer les attentes et de mesurer la satisfaction des usagers. Ces différents sondages sont menés conjointement par l'Agence et les établissements concernés :
  - Missions CH et CLSC des établissements et les cliniques médicales privées : sondage populationnel en 2000.
  - Mission CHSLD :
    - Usagers hébergés de 5 CHSLD et des répondants légaux de 4 CHSLD en 2000.
    - Usagers hébergés, représentants légaux et usagers des services externes de 5 CHSLD en 2003 (un sondage est présentement en cours dans un CHSLD en 2004).
    - Au total, 9 établissements ayant une mission CHSLD ont participé à l'une ou l'autre de ces démarches entre 2000 et 2003.
  - Mission Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes (2003) : usagers des programmes pour les collatéraux, usagers du programme pour l'alcoolisme et la toxicomanie, usagers du programme pour le jeu excessif (2002).
  - Mission Centre jeunesse : Usagers et parents du service de réadaptation en internat (2002).
  - Mission Centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle : Recherche qualitative sur la représentation et la satisfaction des personnes présentant une déficience intellectuelle envers l'utilisation des plans de services individualisés (2002).
  - Mission Centre de réadaptation en déficience physique : Usagers de l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (en cours).
- Les résultats des différentes démarches effectuées dans le but de mesurer la satisfaction des usagers (traitement des plaintes, sondages, comités des usagers) permettent d'identifier des pistes d'amélioration en matière d'accessibilité, de continuité, d'écoute et de personnalisation des soins.

Les dimensions de la qualité

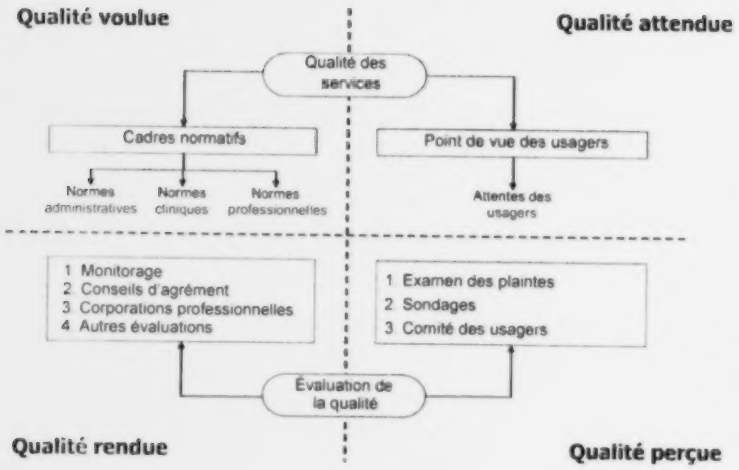


Tableau des démarches de mesure de la satisfaction des usagers

Mission	Répondants	Clientèle	Année
Centre hospitalier CLSC Clinique médicale privée	1 494 1 263 808	Sondage populationnel	2000
CHSLD	360 361	Résidents Représentants légaux	2000
CHSLD	364 316 275	Résidents Représentants légaux Usagers des services externes	2003
CHSLD (Sondage en cours dans un CHSLD de la région)	198 187	Résidents Représentants légaux	2004
Centre de réadaptation en toxicomanie	76 176 75	Programmes pour collatéraux Programmes alcoolisme et toxicomanie Programme jeu excessif	2003
Centre jeunesse	89 80	Jeunes hébergés en centre de réad. Parents des jeunes en CR	2002
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	25	Recherche qualitative auprès de personnes vivant en RNI	2002

Le respect des droits des usagers (suite)

La promotion et soutien aux programmes d'amélioration de la qualité des services au sein des établissements de la région :

- Soutien aux commissaires locaux à la qualité des services :
  - 3 à 4 rencontres régionales par année.

- Prestation sécuritaire des services :
  - 2 séminaires régionaux d'échange et de réflexion sur la gestion des risques à l'intention des responsables de la gestion des risques des établissements (2003-2004).
  - 2 ateliers multidisciplinaires sur la gestion des risques à l'intention des intervenants des établissements.
  - Suivi de la mise en place des dispositions de la loi sur la prestation sécuritaire des services.

- Visite d'appréciation de la qualité des services en CHLSD :
  - 3 établissements visités (2003).

- Résidences privées pour personnes âgées :
  - Constitution du registre des résidences pour personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec en 2002 et révision en cours en 2004. (voir tableau.)

- Traitement des demandes d'intervention et des plaintes en résidence privée :
  - Protocole d'intervention depuis 2001 mis à jour en décembre 2003.
  - 169 signalements traités depuis 1999. (voir tableau.)

- Soutien au programme Rose d'Or :
  - Soutien financier pour appuyer les travaux des programmes du Centre-du-Québec et de la Mauricie et la production des bottins annuels.
  - Soutien professionnel.

- Fonctions d'inspection en vertu de l'article 489 :
  - Mandat d'enquête effectué dans 3 établissements de la région.
  - Mandat d'inspection dans 2 résidences privées.
  - Mandat d'inspection dans un organisme communautaire.

- Orientation ministérielle sur les mesures de contrôle :
  - Désignation d'un répondant régional en 2002.
  - Tenue de 4 rencontres avec les responsables des établissements en 2003 et 2004, incluant deux formations.
  - Suivi de l'élaboration des politiques sur les mesures de contrôle à l'aide d'une grille de conformité.

L'analyse des mésententes entre une ressource non institutionnelle et un établissement en vertu de l'article 307

- Analyse de 22 dossiers depuis 2000-2001 : la plupart des mésententes examinées concernent des décisions d'un établissement de fermer une ressource.

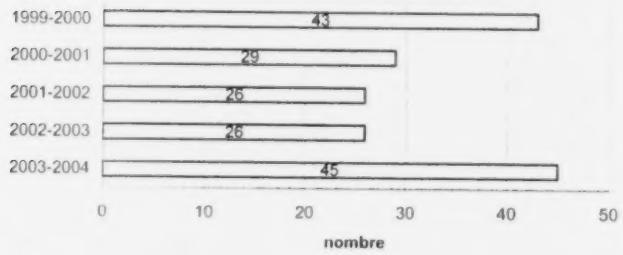
L'accès aux services en langue anglaise

- Une politique régionale adoptée par les conseils d'administration de tous les établissements de la région favorise l'accessibilité en langue anglaise à tous les services de tous les établissements de la région depuis 1998.

- Diverses modalités de cette politique contribuent à assurer cette accessibilité :

  - Mise à jour de la liste du personnel pouvant dispenser des services en langue anglaise ou pouvant servir d'interprète.
  - Ententes de services permettant l'accès à la liste de personnel d'un autre établissement.
  - Référence vers un autre organisme ou un établissement susceptible de rendre le service requis en langue anglaise.
  - Référence en pratique privée pour certains services spécialisés, tel l'orthophonie.
  - Réponse Info-Santé continue 24h-7j en langue anglaise.
  - Disponibilité optimale de certains documents de nature administrative et de certains outils professionnels destinés à la clientèle.

Signalements en résidences privées



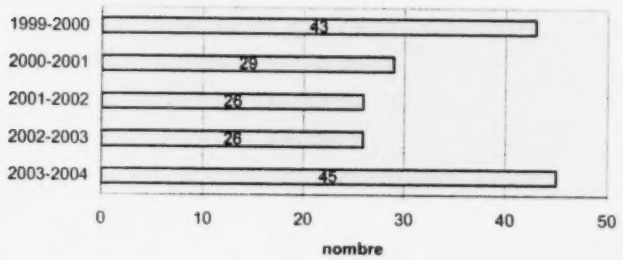
Note : La portée de l'intervention de l'Agence en résidence privée comporte certaines limites importantes reliées à l'absence de réglementation ou de législation spécifique au domaine. Dans ce contexte, l'intervention de l'Agence en résidence privée doit se faire en collaboration avec différentes autres instances. Également, elle est principalement fondée sur la collaboration des propriétaires d'une ressource. En l'absence d'une telle collaboration, notre intervention comporte des limites importantes.

Nombre de résidences et d'années d'existence moyen

Districts	Nombre de résidences	Moyenne d'années d'existence
MAURICIE		
Cap-de-la-Madeleine	25	10
Centre-de-la-Mauricie	51	9
Des Chenaux	8	8
Haut-Saint-Maurice	5	10
Maskinongé	22	11
Mékinac	14	13
Trois-Rivières	39	11
Sous-total	**164**	**10**
CENTRE-DU-QUÉBEC		
Arthabaska	22	11
Bécancour	13	11
De l'Érable	16	12
Drummondville	17	11
Nicolet-Yamaska	10	12
Sous-total	**78**	**11**
TOTAL	**242**	**10,67**

Registre des résidences pour personnes âgées en MCQ

Signalements en résidences privées



Note : La portée de l'intervention de l'Agence en résidence privée comporte certaines limites importantes reliées à l'absence de réglementation ou de législation spécifique au domaine. Dans ce contexte, l'intervention de l'Agence en résidence privée doit se faire en collaboration avec différentes autres instances. Également, elle est principalement fondée sur la collaboration des propriétaires d'une ressource. En l'absence d'une telle collaboration, notre intervention comporte des limites importantes.

Nombre de résidences et d'années d'existence moyen

Districts	Nombre de résidences	Moyenne d'années d'existence
MAURICIE		
Cap-de-la-Madeleine	25	10
Centre-de-la-Mauricie	51	9
Des Chenaux	8	8
Haut-Saint-Maurice	5	10
Maskinongé	22	11
Mékinac	14	13
Trois-Rivières	39	11
Sous-total	**164**	**10**
CENTRE-DU-QUÉBEC		
Arthabaska	22	11
Bécancour	13	11
De l'Érable	16	12
Drummondville	17	11
Nicolet-Yamaska	10	12
Sous-total	**78**	**11**
TOTAL	**242**	**10,67**

Registre des résidences pour personnes âgées en MCQ

Le respect des droits des usagers (suite)

- 2 tournées d'information, en 1999 et 2003, auprès des différentes communautés anglophones visant à expliquer la politique et à inciter les usagers anglophones à requérir leurs services en langue anglaise. Ces tournées furent organisées en collaboration avec les membres de notre comité consultatif.

- 2 cueillettes de données auprès des établissements, en 1998 et 2003, ont permis confirmer que dans l'ensemble des établissements de la région les modalités de la politique étaient en place et qu'à chaque période administrative, pour l'ensemble des établissements, quelques 50 demandes de services en langue anglaise sont adressées, soit environ 0,06 % des quelques 82 000 usagers différents desservis par période.

Défis et enjeux

Le soutien aux comités des usagers

- Optimisation des conditions de fonctionnement des comités des usagers dans l'exercice de leurs fonctions reliées à l'information et à la défense des droits des usagers, la mesure de la satisfaction, l'amélioration de la qualité des services et l'accompagnement des usagers.

- Harmonisation et la révision du mode de financement des comités qui n'a pas été modifié depuis plusieurs années, malgré les profondes transformations du réseau.

Le traitement des plaintes

- Renforcement de l'indépendance de la fonction des commissaires à la qualité des services.

- Maintien du traitement des plaintes à proximité du réseau pour assurer le suivi et réintroduire les informations recueillies sur la satisfaction des usagers dans des démarches d'amélioration continue de la qualité des services.

La promotion et soutien aux programmes d'amélioration de la qualité des services

- Mise en place d'une direction de la qualité au sein du Ministère pour développer une vision stratégique de l'amélioration de la qualité des services, définir les orientations en la matière et soutenir le palier régional dans son rôle d'agent multiplicateur auprès des établissements.

- Mise en place au sein de chaque agence d'une direction responsable de la qualité qui intègre différents volets de la qualité des services. Des fonctions communes devraient être dévolues aux commissaires régionaux à la qualité de façon à regrouper sous ce rôle des éléments qui alimentent la vigilance en matière d'amélioration continue de la qualité des services.

Les résidences privées pour personnes âgées

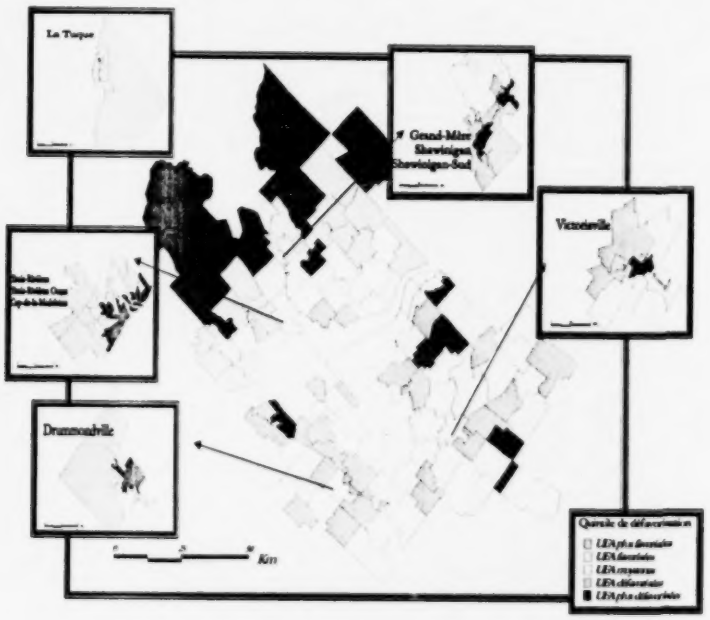
- En lien avec le pouvoir d'intervention, adoption d'un cadre législatif définissant des normes et des règles minimales à rencontrer dans ce type de ressource pour assurer un milieu de vie de qualité aux personnes.

- En lien avec l'appréciation de la qualité au sein des résidences privées, définition de normes et de critères de qualité pouvant guider les propriétaires dans l'exercice de leurs responsabilités envers les personnes qu'ils accueillent et mise en place d'un programme d'appréciation de la qualité et d'accréditation des ressources.

Espérance de vie chez les hommes selon le quintille de défavorisation, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1997

Source : MSSS, fichier des décès, Boisvert, Pépin, Rocheleau et Crosato (2000)

Indice composite de défavorisation, Recensement 1996 : ensemble des UEA de la Mauricie et du Centre-du-Québec



L'organisation et la coordination des services

Santé publique [1]

Sommaire

Depuis 1999 plusieurs éléments législatifs sont venus modifier l'intervention de santé publique au Québec. Ainsi, l'adoption de la Loi sur la santé publique est venue préciser le rôle attendu des directions de santé publique en matière d'amélioration de la santé et de protection de la santé publique face aux menaces réelles et appréhendées. Ces mesures législatives ont pour effet de structurer l'action de santé publique autour d'un *Programme national de santé publique* (PNSP), de plans d'action régionaux et locaux de santé publique et de rapports nationaux et régionaux sur l'état de santé de la population. Ainsi, dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* (PARSP) qui répond aux exigences du programme national a été adopté en décembre 2003 et identifie 5 cibles d'action prioritaires soit :

- Le développement social et des communautés.
- Le développement des jeunes et des enfants.
- La réduction de la mortalité évitable et des incapacités.
- L'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques.
- La prévention et la vigie sanitaire face aux menaces de santé publique.

De plus, tous les établissements à mission CLSC ont déposé leur *Plan d'action local de santé publique* (PALSP) au printemps 2004. Le premier rapport régional du directeur de santé publique a été publié en 2003 et portait sur les habitudes de vie et les maladies chroniques.

Le développement social et des communautés

- Des activités de collaboration intersectorielle se poursuivent et s'intensifient tant sur le plan régional qu'à l'intérieur de l'ensemble des districts sociosanitaires par l'entremise des établissements à mission CLSC. Celles-ci se traduisent par des ententes spécifiques dans les régions administratives 17 et 04. Ces ententes associent notamment le ministère de la Solidarité sociale et les conseils régionaux de développement devenus depuis les conférences régionales des élus. Ces ententes ont eu par exemple pour effet de soutenir à Trois-Rivières et à Shawinigan des comités de revitalisation de quartier et de favoriser des plans d'action intersectoriels dans chacun des territoires de municipalité régionale de comté afin notamment de contribuer à la réduction des inégalités de santé.

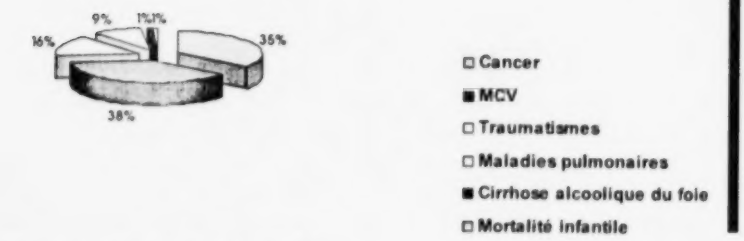
- À l'égard du volet sécurité alimentaire, il y a eu émergence et consolidation de projets s'inscrivant dans la foulée de la stratégie gouvernementale de lutte contre la pauvreté. À la suite d'un appel de projet auprès de 38 organismes communautaires qui oeuvraient déjà en sécurité alimentaire, 25 organismes communautaires ont été retenus et reçoivent un financement visant à consolider leur mission en sécurité alimentaire, à développer des activités complémentaires à leurs interventions, à évaluer leurs activités ou encore à participer ou à démarrer les structures de concertation. Deux redditions de comptes ont été réalisées dans le cadre du programme : une première en mars 2003 et une deuxième en mars 2004 pour l'année 2003-2004.

Le développement des jeunes et des enfants

- Les actions préventives dans ce secteur touchent particulièrement la période périnatale, les jeunes de 0 à 2 ans de même que les activités préventives en milieu scolaire. Sur le plan périnatal, les principales activités concernent la prévention des grossesses à l'adolescence de même que l'organisation des services pour les interruptions volontaires de grossesse (IVG). Soulignons l'élaboration d'un protocole de délégation de la contraception orale d'urgence de même que la consolidation des services d'interruption volontaire de grossesse de premier trimestre dans la région par un investissement de 125 000 $ en 2001-2002. Aussi à l'égard des IVG, il y a eu confirmation de la responsabilité des CLSC au regard des services précédant et suivant l'interruption volontaire de grossesse avec l'allocation d'une enveloppe de 120 000 $ en 2002-2003.

[1] En plus des volets organisation et coordination des services, la Direction de santé publique assure également la prestation directe de certains services à la population.

Répartition des décès évitables par la prévention et la promotion selon la cause, population 0-74 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1994-1997



Source : Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Région 04

Compilation des pertes en produits immunisants
Années 1999 à 2004

Années	Valeur des produits distribués	Valeur des pertes	Périmés et détruits Objectif : < 5 %	Bris de chaîne de froid Objectif : < 2 %
1999-2000	1 537 597 $	119 550 $	0,76 %	5,81 %
2000-2001	1 433 068 $	56 961 $	0,00 %	1,08 %
2001-2002	6 501 886 $	131 155$	0,89 %	0,09 %
2002-2003	1 476 693 $	136 190 $	0,30 %	0,69 %
2003-2004	1 790 084 $	40 368 $	0,21 %	0,47 %

Note : l'année 2001-2002 inclut la campagne de vaccination massive contre le méningocoque, ce qui explique l'augmentation importante de la valeur des produits.

- À l'égard de « Naître égaux, grandir en santé » (NEGS), ce programme de prévention s'adressant aux femmes enceintes et parents vulnérables à faible revenu est déployé depuis 1997. Il est intégré avec le programme de soutien aux jeunes parents dans le nouveau cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité pour la petite enfance vivant en contexte de vulnérabilité depuis janvier 2004. En plus de réaliser les activités prévues auprès de la clientèle, une formation est prévue pour soutenir l'amélioration de la qualité des services offerts par les professionnels sur le plan local.

- Depuis 1998 et dans les suites du plan de transformation, un financement a été accordé à l'ensemble des CLSC pour former des « équipes écoles en santé ». Cette stratégie vise à mobiliser les acteurs de l'école et leurs partenaires pour faire de l'école un environnement toujours plus favorable à la santé et au bien être et offrir aux enfants et aux jeunes des activités préventives et de promotion de la santé. Les CLSC bénéficient depuis 1998 d'un financement récurrent de 1,1 million. Ces services sont appelés à évoluer dans le contexte des travaux menés suite à l'adoption du programme national et portant sur l'intervention globale et concertée en milieu scolaire.

La réduction de la mortalité évitable et des incapacités

- Les habitudes de vie, les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels et le suicide occupent une place significative parmi les principales causes de mortalité dans la région. De plus, les chutes à domicile constituent une cause importante de morbidité chez les personnes âgées. Le premier *Rapport du directeur de santé publique* paru en 2003 a d'ailleurs porté de façon plus spécifique sur l'évolution des habitudes de vie et des maladies chroniques dans la région sociosanitaire. Il a servi de base aux travaux subséquents pour l'adoption du plan d'action régional de santé publique et identifier les actions préventives à mettre de l'avant sur le territoire en conformité avec les travaux aussi menés sur le plan national. Ces actions concernent la promotion de l'activité physique, de la saine alimentation et du non-usage du tabac ainsi que la détection précoce de certaines maladies chroniques dont le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS).

- Plus spécifiquement, en matière d'activité physique, les activités s'orientent plus particulièrement en soutien aux écoles primaires et secondaires, au milieu de travail de même qu'aux municipalités afin de développer des environnements propices à une pratique régulière de l'activité physique. Ces activités sont appelées à être accentuées dans les années futures étant donné l'impact de la sédentarité sur la santé de même que la progression, ces 15 dernières années, de la problématique du poids au Québec comme en Mauricie et Centre-du-Québec. En matière de tabagisme et dans les suites de l'adoption de la Loi sur le contrôle du tabac, la région a été active ces dernières années tant en matière de prévention que de soutien à la cessation du tabac. Des mesures ont été mises sur pied particulièrement en soutien au milieu scolaire de même que par la création dans chacun des territoires de CLSC d'un centre d'abandon du tabac (CAT). La région participe notamment au défi « J'arrête, j'y gagne » et depuis l'année 2000 près de 11 000 personnes se sont inscrites au défi dans la région. Pour le PQDCS, voir la section du programme santé physique.

La prévention des chutes à domicile

- Dans les suites du plan de transformation, un service de prévention des chutes à domicile a été généralisé dans l'ensemble des CLSC pour prévenir ces chutes chez les personnes âgées. Ce programme vise à modifier les facteurs de risque dans l'environnement physique des aînés avant qu'une chute ne survienne. Ces activités se font en favorisant une participation active des aînés dans leur milieu. Un financement de 690 000 $ récurrent a été octroyé à cette fin. En 1998, 2 210 personnes âgées de 55 ans et plus ont pu être ciblées par les activités de sensibilisation. Pour l'année 2002-2003, ce nombre est passé à 5 722 participants.

Les pratiques cliniques préventives

- Le soutien aux pratiques cliniques préventives dans la région comme pour l'ensemble du Québec en est à son introduction. Il s'agit d'une des actions prioritaires du plan d'action régional de santé publique pour laquelle des activités en soutien aux médecins, infirmières et autres professionnels de la santé se réaliseront dans les 3 prochaines années. Ces pratiques permettent l'introduction dans les services de santé courants, d'activités de counseling bref ou de counseling intensif au regard des habitudes de vie et de services de détection précoce de certaines maladies chroniques. Une partie de ces activités s'appuiera sur des démarches entamées dans le cadre d'un projet de recherche qu'est le projet québécois de dissémination en santé du cœur (PQDSC).

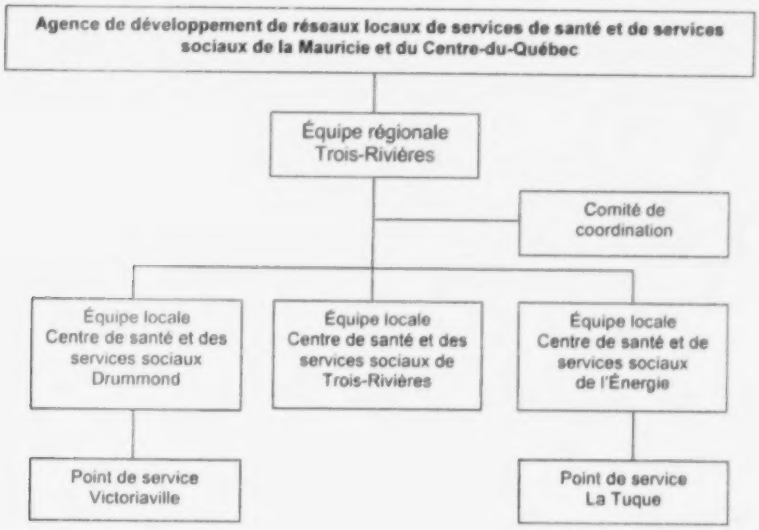
Évolution du taux de couverture vaccinale pour la vaccination contre l'influenza

Années de vaccination	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
65 ans et plus	47,8 %	54,4 %	53,1 %	57,2 %	54,0 %
60-64 ans	-	36,5 %	35,0 %	34,7 %	39,4 %

Nombre et proportion de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées, et nombre de nouvelles femmes rejointes par un programme du type NEGS en Mauricie et au Centre-du-Québec- 2001-2002

Enfants nés de mères sous-scolarisées	Nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes		Nouvelles femmes rejointes
Nombre	Nombre	Proportion	Nombre
711	457	64,3	708

Plan d'organisation régional
Santé au travail



La prévention et la vigie sanitaire face aux menaces de santé publique

- Les activités prévues au regard de l'immunisation se réalisent depuis plusieurs années sans problème particulier. Notons depuis l'an 2000 l'introduction de la vaccination contre le pneumocoque pour les personnes âgées de 65 ans et plus de même que l'élargissement de la couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes âgées de 60 à 64 ans. En 2002, la vaccination contre le méningocoque a été introduite pour les enfants de l'âge d'un an. Finalement en 2004, la vaccination contre la coqueluche pour les adolescents a été introduite. La région gère efficacement une quantité importante de produits immunisants (tableau).

- À l'égard des infections nosocomiales un plan d'action a été conçu en lien étroit avec les milieux hospitaliers dans les suites de l'alerte SRAS au printemps 2003. Il est prévu que les actions se poursuivent en respect des ententes de service et des ententes administratives en voie d'être finalisées avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. De plus, les milieux hospitaliers ont été interpellés pour s'assurer qu'ils rehaussent les équipements et respectent le ratio attendu d'infirmières en prévention.

- À l'égard des infections transmissibles sexuellement et par le sang, nous assistons dans notre région depuis quelques années à une augmentation marquée de la Chlamydia. Depuis l'année 2000, la concertation intersectorielle dans la région a permis l'élaboration de la stratégie régionale de lutte contre le VIH-Sida et les infections transmissibles sexuellement. Nous procédons présentement à l'ajustement de cette stratégie en tenant compte du profil épidémiologique récent particulièrement à l'égard de la Chlamydia de même que dans le contexte de la diffusion de la stratégie nationale à cet égard. Dans le cadre de ces activités, certaines clientèles vulnérables peuvent bénéficier de la distribution de préservatifs de même que de seringues et de matériel d'injection. De nouveaux services intégrés de dépistage et de prévention sont présentement en implantation dans tous les territoires de CLSC. Plus de cent intervenants ont été formés en 2004 pour offrir ces nouveaux services davantage adaptés aux clientèles ciblées. Conformément au programme national, un programme visant la recherche des partenaires des personnes infectées ainsi qu'une intervention préventive auprès de ceux-ci sera implanté dans les prochains mois.

La santé au travail

- La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) confie au réseau de la santé, par l'entremise du directeur de santé publique, le mandat de la santé au travail tel que prévu à la Loi sur la santé et la sécurité du travail. L'Agence de santé et de services sociaux dispose d'une équipe régionale en santé au travail et 3 CLSC de la région sont mandatés pour réaliser les services à caractères locaux. Chaque année des interventions sont réalisées auprès des établissements et des travailleurs soit dans le cadre d'activités régulières, de projets régionaux ou de programmes provinciaux. En 1998, 746 établissements ont été rejoints par ces équipes. En 2003, il s'agit de 947 établissements soit une augmentation de 27 %. Le programme de santé spécifique à l'établissement comprend 4 volets soit la surveillance environnementale, la surveillance médicale, l'information sur les risques à la santé et les moyens de protection et les premiers secours et premiers soins. En 1998, 1 152 programmes étaient en vigueur et 952 en 2003 soit une diminution de 17 % occasionnée par des fermetures d'établissements. Pour ce qui est du programme « une maternité sans danger », 1 450 demandes d'étude de postes ont été réalisées en 1998 et 2 088 demandes ont été réalisées en 2003, soit une augmentation de 44 % en 5 ans.

- Parmi les priorités et projets régionaux, notre région a réalisé des activités concernant notamment l'exposition des travailleurs au monoxyde de carbone, la sensibilisation des enseignants des centres de formation professionnelle à l'importance de la santé et de la sécurité dans l'enseignement, la participation d'un ensemble de partenaires à la réduction de l'incidence des cas de silicose dans la région (65 établissements sur 119 ont éliminé la silice suite à ces interventions), la réduction de l'incidence de l'asthme professionnel aux isocyanates (89 établissements rejoints) et la réduction chez les travailleurs des services publics des risques de transmission des infections dues aux risques biologiques présents lors de leurs interventions (en 2002-2003 à cet égard 1 528 travailleurs ont été informés sur les risques à la santé et 373 travailleurs ont été immunisés suites à ces interventions).

Défis et enjeux

La mise en œuvre du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* est tributaire de la plus grande cohésion possible entre les actions nationales, régionales et locales et de leur complémentarité avec les activités réalisées par les autres acteurs du réseau. Pour favoriser la mise en œuvre, certaines conditions ont été identifiées comme nécessaires à l'intérieur même du PARSP. Mentionnons, à titre indicatif l'importance du partage des responsabilités, de mécanismes de suivi appropriés, d'une collaboration étroite avec l'ensemble des partenaires et d'un financement adéquat.

Info-Santé
Résultats de la réponse centrale et réponse locale de 2001-2002 à 2003-2004

	2001-2002	Québec (*)	2002-2003	2003-2004
Réponse centrale seulement				
Appels répondus en moins de 4 min. (%) (cible = 100 %)	73,8	75,9	76,9	78,0
Délai moyen d'attente (minutes)	3,0	3,6	2,6	2,5
Durée moyenne d'intervention téléphonique (min.)	8,8	9,3	8,7	9,5
Perte d'appels (%) (norme = 15 %)	39,0	22,6	32,8	30,9
Suites d'interventions aux appels	n.d.	n.d.	49,2	51,4
Réponse centrale et locale				
Taux d'utilisation/ 1 000 personnes (nombre d'appels traités)	412 (200 478)	331	407 (198 149)	385 (187 767)

(*) Les données du Québec pour 2002-2003 et 2003-2004 ne sont pas disponibles

Organisation de la réponse Info-Santé, les jours de semaine

Type de district	Réponse centralisée		Réponse locale	
INFO-SANTÉ				
Districts en milieu urbain (5)	20 h à 8 h	60 h/semaine	8 h à 20 h	60 h/semaine
Districts en milieu rural (6)	16 h à 8 h	80 h/semaine	8 h à 16 h	40 h/semaine
INFO-SOCIAL				
Districts en milieu rural et urbain	20 h à 8 h	60 h/semaine	8 h à 20 h	60 h/semaine

Organisation de la réponse Info-Santé, les fins de semaine et les fériés (*)

Type de district	Réponse centralisée	Réponse locale
INFO-SANTÉ		
Districts en milieu urbain (5)	Vendredi 20 h à Lundi 8 h	0
Districts en milieu rural (6)	Vendredi 16 h à Lundi 8 h	0
INFO-SOCIAL		
Districts en milieu rural et urbain	Vendredi 20 h à Lundi 8 h	0

(*) Pour les fériés, l'organisation des fins de semaine s'applique selon la circonstance

L'organisation et la coordination des services

Services généraux

Sommaire

Le programme « Services généraux » regroupe des activités cliniques et d'aide qui, à l'instar du programme « Santé publique », répondent à des besoins qui touchent l'ensemble de la population. On songe ici, à titre d'exemples, aux services infirmiers ou psychosociaux d'information, d'évaluation, d'orientation et de référence, aux services de nutrition, aux services en organisation communautaire, à Info-Santé, etc. Ce regroupement d'activités au sein du programme « Services généraux » a été décidé par le Ministère en 2004-2005.

Depuis 1999-2000, l'évolution de l'organisation et de l'accès aux services généraux dans la région se caractérise par :

- Amélioration constante du volume d'appels répondus en moins de 4 minutes et des délais d'attente pour le service Info-Santé offert par la centrale régionale, avec toutefois une non-atteinte des standards nationaux. Pour cette raison et d'autres, l'Agence a statué que d'ici le 31 mars 2005, le service Info-Santé serait désormais uniquement offert à partir d'une centrale régionale plutôt qu'à partir d'une combinaison de réponses locales et régionale, comme c'était le cas auparavant.

- En septembre 2004, la région compte sur la présence de 11 groupes de médecine de famille accrédités auprès desquels on estime que 85 600 personnes seront inscrites au 31 mars 2005, soit 17,5 % de la population de la région. On espère ajouter 6 autres GMF au cours des prochains mois.

- Utilisation par tous les établissements de la région de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) qui permet de recueillir les informations essentielles à l'étude de la situation et des besoins de chaque usager et de son entourage. Il s'agit là d'un instrument clinique qui facilite les communications entre les intervenants par l'utilisation d'un langage commun, qui évite la multiplication des évaluations et qui, en bout de piste, contribue largement à la continuité des services.

Les éléments qui suivent donnent davantage d'information sur ces faits saillants.

Info-Santé

- En 2001-2002, à la suite de l'analyse de la performance régionale du service Info-Santé offert par les CLSC et la centrale régionale, l'Agence revoit en partenariat avec eux le modèle régional d'organisation de ce service. Cela amène une nouvelle répartition des plages horaires entre la réponse régionale (centrale) et les réponses locales (CLSC) telle qu'elle figure au tableau de la page précédente. Ces changements visaient à améliorer l'accessibilité, à réduire les délais d'attente ainsi que les pertes d'appels. De plus, elle visait à améliorer l'organisation du travail et la supervision professionnelle des infirmières de ce service, particulièrement à la centrale qui s'occupait alors des soirs, nuits et fins de semaine.

- Le taux d'utilisation du service Info-Santé par la population de la région est très élevé, soit 385 appels par 1 000 habitants en 2003-2004. Les résultats atteints depuis le changement organisationnel de 2001-2002 démontrent une amélioration constante de la performance de la centrale régionale, notamment par rapport aux appels répondus en moins de 4 minutes (78,0 % en 2003-2004), au délai moyen d'attente (2,5 minutes) et à la perte d'appels (30,9 %). Faute de données, il est impossible de porter un jugement sur les réponses locales. Cependant, les résultats de la centrale sont encore loin des cibles nationales.

- Compte tenu de ces résultats et considérant les impératifs croissants de qualité clinique du service Info-Santé dans ses liens avec les groupes de médecine de famille (GMF), la garde médicale 24/7 de ces GMF, la garde en soins infirmiers 24/7 que requièrent les très nombreuses personnes suivies par le réseau de la santé (maintien à domicile, personnes atteintes du cancer, malades chroniques, etc.), l'Agence a mandaté en juin 2004 le *Centre de santé et de services sociaux Nicolet-Les blés d'or* pour offrir le service Info-Santé 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et ce, d'ici le 31 mars 2005.

- En 2001, il y a également eu la mise en place du service Info-Social qui s'inscrit à l'intérieur de la réponse régionale aux situations de crise. (voir santé mentale)

Groupes de médecine de famille (GMF)

- 4 GMF ont été accrédités par le Ministère en 2003-2004 et 7 jusqu'à maintenant en 2004-2005, pour un total de 11, regroupant 92 médecins et 22 infirmières. En juin 2004, l'Agence a déposé 6 nouveaux projets de GMF pour l'année 2004-2005.

Groupes de médecine de famille accrédités en Mauricie et au Centre du-Québec

District sociosanitaire	Nombre de GMF	Date d'accréditation	Nombre de médecins	Nombre d'infirmières
Haut-Saint-Maurice	1	Juillet 2004	6	2
Centre-de-la-Mauricie	1	Janvier 2004	7	2
Drummondville	4	Février 2004	33	8
Nicolet-Yamaska	2	Janvier 2003	14	4
Arthabaska	3	Janvier 2003	42	6

- On prévoit que chaque médecin sera en mesure d'inscrire de 1 500 à 2 000 personnes. Avec 92 médecins jusqu'à ce jour, cela représente un potentiel de 138 000 à 184 000 personnes inscrites, soit entre 27 % et 38 % des 489 000 résidents de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- Pour notre région qui vit une importante pénune de médecins et où beaucoup de personnes n'ont pas accès à un médecin de famille, la mise en place des GMF est vue comme une opportunité favorisant le recrutement de nouveaux médecins, une pratique intéressante pour les médecins et une nette amélioration quant la prise en charge de la clientèle vulnérable.

- L'intérêt des médecins de notre région pour la formule des GMF est une répercussion directe de la mise sur pied, par le Département régional de médecine générale (DRMG) de l'Agence, de 8 tables médicales territoriales regroupant tous les médecins omnipraticiens de chacun de ces territoires. Ces tables se sont avérées des lieux de discussion sur les problèmes d'organisation médicale où, rapidement, les médecins ont vu leur intérêt à se regrouper et à travailler en équipe selon les paramètres des GMF.

L'Implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC)

- Depuis 1998, des efforts sont investis dans l'implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle et dans le processus continu d'appréciation de sa qualité.

- Cet outil :
  - facilite les communications entre les intervenants par l'utilisation d'un langage commun ;
  - évite la multiplication des évaluations;
  - permet de recueillir les données biopsychosociales essentielles.

  Il est utilisé lors de la traduction des demandes en besoins, de la traduction des besoins en services et de l'allocation des ressources disponibles.

- Les secteurs d'application sont multiples (services à domicile, demandes d'hébergement, planification des services en CHSLD, et autres).

- Outil privilégié pour les gestionnaires de cas pour les différentes clientèles (aînés, déficience intellectuelle et autres) ou problématiques (ex. en oncologie).

- Dans notre région, on compte actuellement 44 formateurs accrédités et 800 intervenants formés en provenance de différentes disciplines, et de différents services tant en CLSC, CHSLD, CHSGS et CR.

Tableau sur l'Évolution des investissements en services de soutien à domicile
Évolution des investissements (crédits alloués)

	Établissements	Organismes communautaires	Total	Augmentation en %
1999-2000	28 103 873	1 971 966	30 075 839	–
2000-2001	35 091 292	2 045 050	37 136 342	23,48 %
2001-2002	37 197 895	2 069 502	39 267 397	5,74 %
2002-2003	40 395 214	2 314 108	42 709 322	8,77 %
2003-2004	44 669 245	2 688 499	47 357 744	10,88 %
Variation 2003-2004 / 1999-2000			**17 281 905**	**57,21 %**

Évolution des services de soutien à domicile

	1998-1999	2003-2004	Variation
Personnes âgées	11 806	12 743	7,94 %
Nombre moyen d'intervention		17,4	

L'organisation et la coordination des services

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Sommaire

Depuis 1999, l'organisation des services pour les personnes âgées a évolué pour répondre aux besoins croissants d'une population vieillissante. L'offre de service s'est accrue particulièrement en soutien à domicile, en réadaptation, en répit-dépannage et par une meilleure disponibilité des aides techniques et des équipements d'adaptation du domicile. L'hébergement en ressources non institutionnelles s'est également développé pour rendre accessible un hébergement adapté aux besoins des personnes âgées.

Les personnes présentant des déficits cognitifs ont fait l'objet d'une attention particulière dans la réponse aux besoins.

Enfin, l'implantation de gestionnaires de cas qui supportent les personnes en perte d'autonomie et assurent des services bien intégrés a été privilégiée.

Le réseau de services intégrés aux aînés

- La démarche régionale d'implantation d'un réseau intégré de services aux aînés, incluant des gestionnaires de cas, démarrée en juin 1999, a fait en sorte que tous les territoires ont réalisé des travaux de réflexion et déposé à l'Agence une proposition territoriale de réseau intégré.
- Un programme de formation régionale supporte les travaux d'implantation de ces réseaux intégrés.
- La gestion de cas consiste, pour un intervenant ou une équipe, à orienter l'usager à travers les systèmes de services publics, privés et communautaires en établissant une relation continue avec la personne, sa famille et ses proches, en développant un plan de services individualisé avec le client, ses proches et l'ensemble des équipes interdisciplinaires, en s'assurant que ces services soient rendus, et bien rendus, tout en défendant ses intérêts et ses droits.
- Des gestionnaires de cas sont déjà en poste dans 3 de nos réseaux locaux.

Services de soutien à domicile

- Les investissements en soutien à domicile ont augmenté de façon continue entre 1999-2000 et 2003-2004 pour passer de 30 millions à 47 millions. Une forte proportion de ces budgets est consacrée aux personnes en perte d'autonomie.
- En 2001, la région amorçait une démarche d'harmonisation des services de soutien à domicile pour établir des consensus sur les pratiques régionales. Les services moins harmonisés seront traités en priorité :
  - aide technique,
  - aide à domicile,
  - services aux proches aidants.
- Ce processus a permis de rendre plus équitable l'offre de service, d'intensifier et de diversifier des mesures de soutien et de rendre plus accessibles les aides techniques.
- Les données sur le soutien à domicile indiquent que le nombre de personnes âgées de la région qui bénéficient de ce service se chiffre à 12 743 en 2003-2004, soit une augmentation de 7,9 %. Le nombre moyen d'intervention par année par personne est de 17,4.

Décentralisation des mécanismes d'accès à l'hébergement

- La décentralisation a été réalisée en 1997 et elle vise la responsabilisation de l'accès aux services d'hébergement des personnes âgées dans chaque territoire sociosanitaire.
- Les principes qui sous-tendent la centralisation dans le même territoire sont des éléments de :
  - neutralité ;
  - constance ;
  - vision d'ensemble ;
  - efficience du réseau.
- L'Agence de santé et de services sociaux assure un support aux personnes assumant la fonction de coordonnateur dans chacun des territoires sociosanitaires (incluant la formation des nouveaux coordonnateurs).

Tableau sur l'Évolution du financement brut des lits d'hébergement en CHSLD

	Financement brut par lit (1)
1999-2000	45 564
2000-2001	48 298
2001-2002	49 684
2002-2003	50 911
2003-2004	52 380
Consolidation du financement (2003-2004 / 1999-2000)	**6 816**
Consolidation du financement en %	**14,96 %**

(1) Incluant les coûts administratifs et de soutien

Délai d'attente des personnes admises en hébergement CHSLD

	1998-1999	2003-2004	Variation	2003-2004
	Jours	Jours		Personnes admises
MCQ	14,5	13	(10,3 %)	888
Québec (Provisoire)*	45	49	8,8 %	8 484

*Excluant les données de la région de Montréal

Évolution du nombre de demandes d'hébergement

98-99	99-00	00-01	01-02	02-03-	03-04	Variation
1214	1330	1392	1470	1532	1523	25,5 %

Programme Personnes en perte d'autonomie – Statistiques au 31 mars 2004

Districts sociosanitaires	Ressources de type familial				Ressources intermédiaires				65 ans et +
	Nombre de ressources	Places accréditées	Places occupées	Taux d'occupation	Nombre de ressources	Places accréditées	Places occupées	Taux d'occupation	%
Haut-Saint-Maurice	10	41	34	83 %	0	0	0	0 %	65 %
Mékinac	0	0	0	0 %	3	17	25	147 %	72 %
Centre-de-la-Mauricie	4	29	29	100 %	7	104	93	89 %	87 %
Maskinongé	8	61	56	92 %	2	14	14	100 %	83 %
Trois-Rivières	8	46	32	70 %	9	157	160	102 %	83 %
Cap-de-la-Madeleine	1	6	4	67 %	4	66	66	100 %	94 %
Des Chenaux	1	5	4	80 %	3	26	16	62 %	90 %
Nicolet-Yamaska	7	55	48	87 %	1	12	12	100 %	85 %
Bécancour	1	3	1	33 %	3	9	9	100 %	80 %
Drummond	8	44	46	105 %	4	89	87	98 %	89 %
Arthabaska	3	12	10	83 %	2	64	61	95 %	73 %
De l'Érable	2	9	9	100 %	0	0	0	0 %	78 %
TOTAL :	**53**	**311**	**273**	**88 %**	**38**	**558**	**543**	**97 %**	**85 %**

L'organisation et la coordination des services

Perte d'autonomie liée au vieillissement (suite)

- Depuis avril 2004, une nouvelle conception des besoins et services basés sur le profil d'autonomie de la personne plutôt que sur les heures-soins est intégrée :

  - Détermination des profils ISO-SMAF pour toutes les demandes d'hébergement de la région. Ce profil permet de connaître les capacités résiduelles et les incapacités pour lesquelles des ressources ou services devront être fournis.

L'hébergement

- Afin de répondre aux besoins des personnes qui ne peuvent plus résider à leur domicile, l'Agence assure, dans un premier temps, l'utilisation optimale des places en hébergement en exerçant une vigie des mécanismes d'accès territoriaux.

- Les services d'hébergement subissent des pressions qui nécessitent des ajustements par l'ajout de places au besoin. Les délais d'attente sont cependant beaucoup plus courts dans la région (13 jours en 2003-2004) que la moyenne provinciale (49 jours).

- Notre région reçoit un nombre croissant de demandes d'hébergement. Ce nombre se chiffrait à 1 214 en 2002-2003 et à 1 523 en 2003-2004.

- À chaque année depuis 2000-2001, des ajouts de places, soit en ressources non institutionnelles ou en CHSLD, ont été faits :

  2000-2001 = + 31 places ressources intermédiaires
  2001-2002 = + 17 places en ressources intermédiaires
  2002-2003 = + 7 places en CHSLD
  2003-2004 = + 23 places en ressources intermédiaires et + 20 places en CHSLD.

- Enfin, le financement brut consenti aux CHSLD pour chaque place d'hébergement a augmenté entre 1999-2000 et 2002-2004 pour passer de 45 565 $ à 52 380 $, une augmentation de 15 %.

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD

Depuis 2001, l'Agence travaille de concert avec les établissements pour rapprocher le plus possible les milieux d'hébergement longue durée à des milieux de vie de qualité. Les orientations ministérielles publiées en 2003 ont permis de mieux baliser cette orientation.

- Mai 2004 :

  - Formation régionale donnée aux gestionnaires de tous les CHSLD (publics et privés conventionnés) sur le concept milieu de vie.

  - Définition d'objectifs communs permettant à chaque CHSLD d'élaborer un plan d'action distinct porteur d'une vision régionale.

- Septembre 2004 : tous les établissements à vocation CHSLD se sont dotés d'un plan d'action permettant l'implantation des orientations ministérielles.

- Développement à prévoir :

  - Adapter les ressources d'hébergement et l'organisation des services aux besoins des personnes en lourde perte d'autonomie, exemple : traumatisme crânien, démence, etc.

Défis et enjeux

- Poursuivre l'ajustement de l'offre de service en fonction d'une croissance des besoins. La population de la région compte 16 % de personnes de 65 ans et plus, soit 2 % de plus que la moyenne du Québec. Ceci crée une pression sur l'ensemble de la gamme de services.

- Finaliser la démarche d'harmonisation du soutien à domicile pour couvrir l'ensemble des volets de ce secteur.

- Accentuer la tendance d'évolution des milieux d'hébergement pour se rapprocher encore davantage des orientations « *milieu de vie de qualité* ».

- Implanter un système d'information qui soutient la mise en réseau des intervenants et l'accès intégré et sécuritaire à des informations cliniques, soit le Système d'information géronto-génétique (SIGG).

Évolution de l'accessibilité des services en adaptation-réadaptation

C.R. InterVal	1998-1999	2003-2004	Variation
Personnes desservies en :			
Déficience motrice	1181	1532	+ 29.7 %
Déficience visuelle	691	861	+ 24.6 %
Déficience auditive	237	386	+ 62.8 %
Déficience parole langage	221	362	+ 63.8 %
Inscriptions	2330	3141	+ 34.8 %

Évolution de l'accessibilité des services pour le soutien à l'intégration sociale des personnes handicapées

CLSC	1998-1999	2003-2004	Variation
Personnes desservies en :			
Soutien aux familles	680	1035	+ 52.2 %
Transport hébergement	826	1206	+ 46.0 %
Maintien à domicile	419	506	+ 20.7 %
AVQ-AVD*	406	763	+ 87,9 %
Chaussures orthétiques*	58	95	+ 63,8 %

* Collecte d'informations 1999-2000, les données de 1998-1999 sont partielles puisque le transfert des programmes de l'OPHQ s'est effectué en octobre 1998

Îlots résidentiels adaptés pour adultes ayant une déficience motrice

Cap-de-la-Madeleine	Résidences Entre-deux	12 logements
Shawinigan	Villa Tournesol	10 logements
Victoriaville	Maison Le Coudrier	11 logements
Drummondville		12 logements en construction

L'organisation et la coordination des services

Déficience physique

Sommaire

L'évolution de ce programme-services au cours des 5 dernières années est marquée par une forte progression de la demande et du financement dans tous les secteurs de l'adaptation-réadaptation et du soutien à l'intégration sociale. Le Centre de réadaptation en déficience physique InterVal a vu le nombre total de personnes inscrites croître de 34 % au cours des 5 dernières années et particulièrement la clientèle d'enfants dysphasiques qui est en hausse de 63 %. La régionalisation des services, la déconcentration des activités d'adaptation-réadaptation, et la mise en place d'îlots résidentiels adaptés comme alternative à l'hébergement institutionnel illustrent également l'évolution de ce programme. Cette progression de l'accessibilité des services a été rendue possible par la consolidation financière régionale et du MinistèreSSS. En effet, la progression du budget du programme-services a été de 82 % entre 1995-1996 et 2003-2004. À cet égard, au cours des 3 dernières années, le financement additionnel et ciblé de programmes de réadaptation du Centre InterVal atteint le million de dollars.

Les informations complémentaires

Volet Adaptation et réadaptation

- Parachèvement de la régionalisation des services en déficience motrice, en déficience auditive, visuelle et en déficience du langage par le Centre InterVal.
- Déconcentration des services du Centre InterVal dans ses installations de Trois-Rivières, Drummondville, Victoriaville et Shawinigan.
- Accessibilité des programmes du Centre InterVal aux personnes de tous âges.
- Mises en services d'unités de réadaptation fonctionnelle intensive au Centre InterVal à Trois-Rivières et dans les CHSLD à Shawinigan, Victoriaville et Drummondville.
- Désignation du Centre InterVal à titre d'établissement offrant des services d'adaptation-réadaptation aux personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral.
- Création d'un consortium d'établissements (CHRTR et le Centre InterVal) offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral avec la participation de l'Association régionale des traumatisés cranio-cérébraux.
- Création d'un programme d'évaluation de la capacité à la conduite automobile en 2001-2002.
- Mise en place d'une clinique de spasticité en 2002-2003.

Volet Soutien à l'intégration sociale

- Régionalisation des programmes des aides à la vie quotidienne et domestique et de chaussures orthétiques sous la responsabilité du Centre InterVal.
- Régionalisation des programmes d'oxygénothérapie à domicile et de fonctions d'élimination par les CLSC.
- Ajout d'un volet soutien à l'exercice des rôles familiaux additionnel au programme répit-dépannage-gardiennage.
- Participation à la mise en place d'îlots résidentiels adaptés pour des adultes ayant une déficience motrice conjointement avec le secteur communautaire dans le cadre du programme Accès-Logis de la SHQ avec une subvention récurrente permettant de défrayer les coûts du soutien à domicile et la coordination.
- Ajout de 11 nouveaux organismes communautaires offrant des services aux personnes handicapées.
- Participation du Centre InterVal et du Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI) au programme de vignettes d'accompagnement pour les personnes handicapées.

Défis et enjeux

- Améliorer l'accès aux services d'adaptation-réadaptation spécialisés et réduire les délais d'attente.
- Poursuivre la consolidation et l'harmonisation des programmes de soutien à la personne et à la famille.
- Élaborer des ententes entre les instances locales et le CRDP.
- Améliorer l'accessibilité des services de première ligne en réadaptation.
- Inclure la participation des instances locales au sein du Consortium régional TCC.
- Poursuivre la recherche et la mise en place de solutions alternatives à l'hébergement institutionnel.

Évolution de l'accessibilité des services en adaptation-réadaptation

CSDI	1998-1999	2003-2004	Variation
Personnes desservies en :			
Soutien à la personne	1355	1778	+ 55.3 %
Soutien sociorésidentiel	736	936	+ 27.1 %
Soutien socioprofessionnel	895	1045	+ 16.7 %
Inscriptions*	1633	1946	+ 19.1 %

* Une personne peut être inscrite à plus d'un programme

Service régional pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement*

SRPTED - CSDI	1998-1999	2003-2004	Variation
Groupe 0 – 5 ans	-	34	-
Groupe 6 – 21 ans (scol.)	-	114	-
Groupe 18 ans et +	-	23	-
Inscriptions	-	171	-

* Le SRPTED a été mis en place lors de l'année financière 2000-2001

Évolution de l'accessibilité des services pour le soutien à l'intégration sociale des personnes handicapées

CLSC	1998-1999	2003-2004	Variation
Personnes desservies en :			
Soutien aux familles	680	1035	+ 52.2 %
Transport hébergement	826	1206	+ 46.0 %
Maintien à domicile	419	506	+ 20.7 %
AVQ-AVD*	406	763	+ 87,9 %
Chaussures orthétiques*	58	95	+ 63,8 %

* Collecte d'informations 1999-2000, les données de 1998-1999 sont partielles puisque le transfert des programmes de l'OPHQ s'est effectué à partir d'octobre 1998

L'organisation et la coordination des services
Déficience intellectuelle et TED

Sommaire

L'évolution de ce programme-services au cours des 5 dernières années est marquée par une forte progression de la demande dans tous les secteurs de l'adaptation-réadaptation et du soutien à l'intégration sociale. En déficience intellectuelle, l'intégration dans la communauté des résidants du Centre l'Aubier (50) et de l'Hôpital St-Julien (488) en collaboration avec le Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI), l'adoption d'orientations régionales et la mise en place des services de première ligne en CLSC ont été les aspects dominants. La clientèle du CSDI s'est accrue de près de 20 % au cours des 5 dernières années. Pour la clientèle présentant des troubles envahissants du développement (autisme) et leur famille, la création du service régional pour les TED par le CSDI (SRPTED) à l'automne 2000 marque la reconnaissance des besoins spécifiques de ces personnes et souligne la volonté d'apporter le soutien requis. Ainsi, en 2003-2004, 34 enfants de moins de six ans ont eu accès à de l'intervention comportementale intensive grâce à la participation régionale au programme national de formation. Cette progression de l'accessibilité des services a été rendue possible par la consolidation financière régionale et du Ministère. Le budget du SRPTED atteint maintenant 2,5 millions de dollars sur une base annualisée.

Les informations complémentaires

Volet Adaptation et readaptation

- Un seul établissement ayant une mission régionale en DI, le Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Déconcentration des services du CSDI dans chacun des territoires.
- Les CLSC constituent maintenant la porte d'entrée du réseau pour les personnes ayant une DI.
- Mise en place des services de première ligne dans les CLSC pour les personnes ayant une DI soit au total 19 intervenants.
- Adoption des orientations régionales en déficience intellectuelle et du plan d'action.
- Désinstitutionalisation des résidants de l'Hôpital St-Julien et du Centre L'Aubier soit un total de 538 personnes.
- Accueil par le CSDI de 221 résidants de l'Hôpital St-Julien et du Centre l'Aubier.
- Mission d'adaptation-réadaptation pour les TED confiée au CSDI.
- Élaboration du cadre de référence régional pour les TED et du plan d'action.
- Création d'un service régional TED par le CSDI.
- Mandat au CSDI pour la mise en place de la gamme de services pour les TED et leurs proches.
- Mise en place des services TED à l'automne 2000 prioritairement pour les moins de six ans.
- Généralisation des services d'intervention comportementale intensive pour les enfants de moins de six ans ayant un TED en 2003-2004.
- Transfert clinico-administratif de la ressource Autisme-Mauricie en 2003 du CHCM vers le CSDI.
- Inscription de 24 intervenants et superviseurs du SRPTED au programme national de certificat en intervention sur les troubles envahissants du développement en 2003-2004.

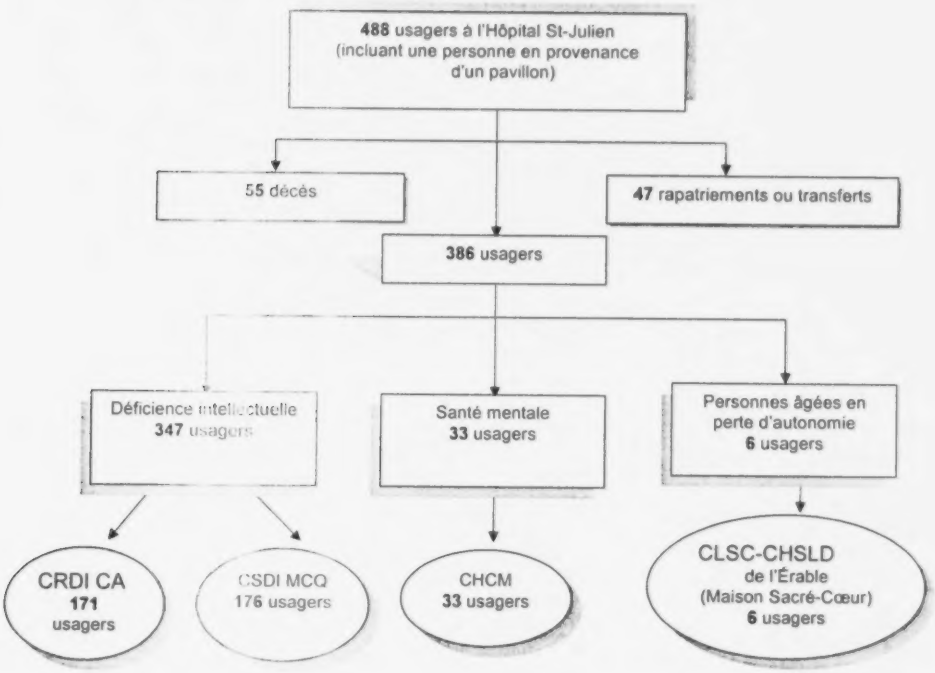
Volet Soutien à l'intégration sociale

Cette section est identique à celle apparaissant dans le programme-services en déficience physique puisque, sauf exception, toutes les personnes handicapées ont accès à ces programmes ou services sans distinctions.

Défis et enjeux

- Poursuivre la consolidation et l'harmonisation des programmes de soutien à la personne et à la famille.
- Élaborer des ententes entre les instances locales et le CSDI.
- Poursuivre la formation des intervenants du SRPTED.
- Améliorer l'offre de services aux adolescents et aux adultes TED.
- Poursuivre la recherche et la mise en place de solutions alternatives à l'hébergement institutionnel.
- Promouvoir le cadre de référence national pour la DI-TED adopté par le regroupement des instances locales et les CRDI.

La répartition des usagers



De plus, dans le cadre de la désinstitutionnalisation, le CRDI Chaudière-Appalaches a reçu également 8 usagers demeurant dans un pavillon et le CSDI MCQ a accueilli 12 usagers habitant un pavillon et 28 personnes additionnelles vivant dans des RTF pour lesquelles l'Hôpital St-Julien assurait les services infirmiers et éducatifs.

Donc, en résumé, chaque centre spécialisé en déficience intellectuelle a intégré dans ses services :

CRDI CA	171 usagers de l'Hôpital	+ 8 usagers d'un pavillon		Total de 179 personnes
CSDI MCQ	176 usagers de l'Hôpital	+ 12 usagers d'un pavillon	+ 28 personnes RTF	Total de 216 personnes

L'organisation et la coordination des services
Déficience intellectuelle et TED (suite)

Hôpital St-Julien

Sommaire

Ce projet de désinstitutionnalisation a débuté en 1999 pour se compléter le 12 décembre 2002 avec le départ des 3 derniers usagers de l'Hôpital vers la communauté. Le plan de transformation fut une réussite grâce à l'engagement et à l'accomplissement des gestionnaires et des employés de l'Hôpital St-Julien et des centres receveurs, ainsi qu'à l'adaptabilité des mécanismes opérationnels mis en place. Tous les employés, titulaires de poste, ont été transférés chez un centre receveur ou un établissement limitrophe. Les familles ou représentants légaux furent encouragés à participer au projet de vie de leur proche et soutenus par un programme d'information et d'accompagnement spécialement conçu pour eux.

Les personnes ayant intégré la communauté

En 1999, 488 usagers demeuraient à l'hôpital et ils étaient répartis comme suit :

- 409 personnes ayant une déficience intellectuelle (âge moyen : 49 ans)
- 51 personnes se présentant avec une problématique en santé mentale (âge moyen : 61 ans)
- 28 personnes âgées en perte d'autonomie (âge moyen : 82 ans)

Un plan de services individualisé a été élaboré pour chaque usager, avec sa participation dans 80 % des cas, au moment de sa sortie, confirmant au centre receveur un portrait de ses besoins, de son orientation résidentielle et des services requis. Les représentants du Curateur public ont aussi largement participé à ce processus.

Les établissements responsables de l'intégration des usagers

Le projet d'intégration communautaire a impliqué dès le début de la planification la contribution de 2 régions sociosanitaires soit celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec et celle de Chaudière-Appalaches. Les centres receveurs désignés ont été le CSDI Mauricie et Centre-du - Québec, le CRDI Chaudière-Appalaches, le Centre hospitalier régional de la Mauricie (volet santé mentale) et le CLSC-CHSLD de l'Érable. Au 12 décembre 2002, 386 personnes auront été accueillies par les quatre centres receveurs. Plus précisément,

- 347 usagers ayant une déficience intellectuelle au CSDI de la Mauricie et du Centre-du-Québec et au CRDI Chaudière-Appalaches;
- 33 usagers se présentant avec une problématique en santé mentale au Centre hospitalier du Centre de la Mauricie;
- 6 personnes âgées en perte d'autonomie au CLSC/CHSLD de L'Érable (Maison Sacré-Cœur) dont l'âge varie entre 73 et 99 ans.
- 47 personnes ont été rapatriées dans une autre région afin de se rapprocher de leur famille.

Les services mis en place dans la communauté

En 1999, l'Hôpital St-Julien et les centres receveurs responsables de la mise en place des services en communauté ont défini une gamme de services devant répondre aux besoins et caractéristiques des usagers. De 1999 à 2002, la gamme de services s'est montrée ajustable et évolutive selon l'actualisation des intégrations communautaires. Ainsi, selon les besoins définis pour chaque usager, des services socio-résidentiels comprenant la ressource de type familial, la ressource intermédiaire ou la résidence à assistance continue ont été mis en place. De plus, 14 centres d'activités de jour et un centre spécialisé en approches multisensorielles pour la clientèle polyhandicapée ont été développés. D'autres services ont été rendus disponibles notamment le suivi intensif dans le milieu, les services de soutien lors de situation de crise, les services de dépannage et de répits spécialisés et les services conseils et d'interventions spécialisés (psychologie, réadaptation physique, ergothérapie, nursing, nutrition...).

L'organisation et la coordination des services
Déficience intellectuelle et TED (suite)

Les familles des usagers

Ce plan de transformation avait un impact important chez les familles qui craignaient la sortie et la vie en communauté pour leur proche. Aussi l'Hôpital visait à encourager l'implication des familles à ce grand projet. En 1999, grâce à la collaboration importante de l'Association québécoise pour l'intégration sociale (AQIS), l'Hôpital St-Julien a élaboré un « Programme d'information et d'accompagnement destiné spécifiquement aux familles des usagers de l'établissement ».

Ce programme a permis d'offrir aux familles l'information nécessaire pour les sensibiliser, les rassurer et répondre à leur questionnement afin de leur permettre une meilleure compréhension du projet de transformation et de suivre l'évolution de leur proche. Il a également permis d'organiser un premier contact entre les familles et le centre receveur. Les résultats d'un questionnaire d'appréciation ont démontré que plus de 90 % des familles ayant participé aux rencontres d'information jugeaient rassurantes les dispositions prévues pour permettre à leur proche de s'adapter à son intégration dans la communauté.

Les employés de l'Hôpital St-Julien

De 1999 à 2003, l'ensemble du personnel détenteur de poste a été transféré chez les centres receveurs selon la répartition suivante (données du 11 janvier 2003) :

- CHCM : 23 employés 18,00 équivalents temps plein
- CRDI CA : 204 employés 155,92 équivalents temps plein
- CSDI MCQ : 182 employés 145,40 équivalents temps plein

Dans le cadre du PDRH, l'Hôpital a tenu diverses activités de formation et de perfectionnement et de mise à jour pour les employés visant le développement de nouvelles compétences tout en améliorant celles déjà acquises (ex. : adaptation aux changements chez la personne déficiente intellectuelle, le RCR, l'alternative à la contention...).

Les ressources financières

Comme le plan d'intégration des usagers dans la communauté ne visait pas à dégager des économies à partir des ressources disponibles, il a été convenu entre tous les partenaires concernés que l'intégration doit se faire à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire de l'Hôpital St-Julien, soit 24,49 millions. Pour soutenir cette opération d'envergure, le Ministère a dégagé en 2000-2001 un montant non récurrent de 4,35 millions et une enveloppe récurrente de 3,0 millions à partir de l'année financière 2001-2002. Ce soutien financier était destiné à couvrir les coûts de transition attribuables au dédoublement de services, la formation du personnel et l'adaptation de la main-d'œuvre, le réaménagement des résidences ainsi que les équipements et l'ameublement. Un montage financier permettant d'actualiser le projet a été approuvé par le Ministère. Une marge d'emprunt de 14,6 millions a été accordée à l'Agence afin de financer les coûts de transition.

Au terme de l'opération, les budgets suivants ont été versés aux établissements ayant intégré les personnes soit :

CSDI Mauricie et Centre-du-Québec : 9,87 millions
CH du Centre-de-la-Mauricie : 1,73 millions
CRDI Chaudière-Appalache : 9,48 millions
Autres régions sociosanitaires : 1,60 millions

À partir de l'année 2004-2005, l'Hôpital St-Julien a commencé le remboursement de la marge d'emprunt selon le calendrier établi.

Défis et enjeux

- Assurer le développement continu de la clientèle provenant de l'Hôpital St-Julien.
- Compléter le processus visant l'utilisation des installations pour des fins autres que le secteur de la santé et de services sociaux.
- Compléter l'étude de faisabilité pour le maintien des activités de la buanderie.
- Enfin, comme l'Hôpital St-Julien fait partie du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable, son personnel dispose des mêmes droits que les autres salariés de la nouvelle instance.

Centre jeunesse (MCQ (DG)	1998-1999	2003-2004	Variation
Nombre de signalements reçus	3 498	5 624	+ 61 %
Nombre d'enfants ayant eu au moins un signalement retenu durant l'année	1 546	2 287	+ 48 %
Nombre d'évaluations terminées (réalisées) durant l'année	1 647	2 193	+ 33 %
Nombre moyen d'enfants en attente d'évaluation	67	30	(55 %)
Liste d'attente réelle à l'évaluation	23 *	0 *	
Délai d'attente à l'évaluation (jours)	36,20	16,36	(55 %)
Liste d'attente à l'application des mesures	54	22	(59 %)
Taux d'engorgement réel	17,6 *	7,6 %	

* 2002-2003

L'organisation et la coordination des services

Jeunes en difficultés

Sommaire

Depuis 1999-2000, des actions importantes ont été réalisées dans le secteur des jeunes en difficulté améliorant ainsi l'accessibilité des activités de promotion/prévention, de traitement, de réadaptation et de protection s'adressant aux enfants et à leurs parents. En outre, des sommes ont été investies pour consolider les services de base en CLSC ainsi que les services spécialisés du Centre jeunesse. L'enveloppe budgétaire du Centre jeunesse a connu une croissance de 46,44 %, passant de 32,4 millions à 47,4 millions entre le 1er avril 1999 et le 31août 2004.

Plusieurs travaux ont également été réalisés afin d'améliorer l'intégration des services de ce secteur, entre autres, par des projets pilote dont 2 sont actuellement en cours de réalisation autour du concept d'équipe d'intervention jeunesse soit un premier sur le territoire du Centre-de-la-Mauricie et un deuxième sur le territoire de Drummond.

Toutefois, nous observons, comme dans quelques régions du Québec, une augmentation des signalements reçus au Centre jeunesse (61,7 % depuis 1999-2000 comparativement à 21 % pour la moyenne provinciale). Cette pression sur les services spécialisés entraîne des difficultés financières au Centre jeunesse. Malgré l'augmentation du volume de clientèles, le Centre jeunesse a très bien performé en 2003-2004 en ce qui a trait à l'accessibilité de ses services, principalement dans la diminution des délais et des listes d'attente en protection de la jeunesse ainsi que sur le taux d'engorgement en centre de réadaptation. Du côté des services de base en CLSC, nous rejoignons un nombre plus important de jeunes et de familles comparativement à la moyenne provinciale.

Les informations complémentaires

- Une enveloppe de 1,3 millions a été allouée aux CLSC au cours des dernières années pour les services de base dont la dernière tranche de 693 223 $ a été rendue récurrente en mars 2003. Les services ciblés par ces développements étaient : consultation psychosociale, soutien au développement des compétences, intervention en situation de crise, suivi intensif aux familles. Ces sommes visaient l'intensification des services de 1re ligne et, par le fait même, une réduction de la pression sur les services spécialisés offerts par le Centre jeunesse.

- Une reddition de comptes auprès des CLSC démontre qu'il y eut accroissement des effectifs des équipes jeunesse et que le nombre d'usagers rejoints est en progression (8,09 % en 2002-2003 comparativement à 6,63 % pour le Québec). Ce taux devrait avoir atteint 10,95 % en 2003-2004. Quant au nombre total d'interventions et l'intensité de celles-ci, le système d'information en place ne nous permet pas d'en juger correctement.

- Depuis les 5 dernières années, un montant total 7,76 millions a été alloué au Centre jeunesse, en sus de l'indexation pour la progression des coûts du système, afin de lui permettre d'améliorer l'accès aux services en protection de la jeunesse et en réadaptation.

- Les moyens mis en place par le Centre jeunesse pour diminuer les listes d'attente à l'évaluation et à l'application des mesures en protection de la jeunesse ont porté fruit. Les objectifs de résultats ont été atteints en 2003-2004 (ajustement du nombre d'évaluateurs, encadrement plus serré des processus d'évaluation, formation sur les pratiques de pointe, etc.).

- Des travaux ont été réalisés pour que soit réduit le nombre de placements en famille d'accueil, leur durée ainsi que les déplacements des enfants. Nous avons financé 4 mesures de rechange aux placements dans 4 territoires, pour un total de 108 000 $ en 1999-2000.

- Le Centre jeunesse de notre région présente un taux de placement en centre de réadaptation parmi les plus bas au Québec, soit 39,8 % comparativement à 45,4 % pour le Québec. Une série de mesures ont été mises en place : rigueur au plan d'intervention, diminution lorsque possible de la durée de séjour, soutien aux parents, implantation d'une équipe d'intervention de crise et création d'une ressource intermédiaire de 12 places « La Traverse » à Warwick. Le Centre jeunesse a également développé, au cours de l'année 2003-2004, des ressources non institutionnelles de réadaptation pour des enfants de 6 à 12 ans avec problématiques complexes qui permettent d'accueillir environ 24 jeunes par année.

- Afin de réduire le taux d'engorgement en centre de réadaptation, le permis du Centre jeunesse a été rehaussé de 12 places à l'automne 2003, soit l'équivalent d'une unité additionnelle. La cible nationale 2003-2004 a été atteinte par le maintien du taux d'engorgement à moins de 5 % pour la période d'octobre 2003 à mars 2004.

- En 2001-2002, il faut souligner l'implantation de l'Entente multisectorielle dans les situations d'enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques et celle de protocoles sociojudiciaires pour la recherche d'antécédents reliés au recrutement de bénévoles auprès des enfants et des jeunes, dans le but de prévenir les abus sexuels dans les loisirs et les sports.

- La Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) est entrée en vigueur le 1er avril 2003. Cette nouvelle loi a modifié considérablement les pratiques. Des programmes de formation ont été offerts aux intervenants. Un montant de 864 915 $ a été alloué pour l'application de cette loi au Centre jeunesse et 78 644 $ aux organismes de justice alternative.

- Afin de soutenir l'implantation des services intégrés, des projets pilotes ont été réalisés aux CLSC Suzor-Coté et de l'Érable ainsi qu'au Centre de santé de l'Énergie, en collaboration avec le Centre jeunesse et les commissions scolaires. De plus, en mars 2003, un montant non récurrent de 380 000 $ a été réparti entre tous les CLSC afin de mettre en place des services jeunesse intégrés sur l'ensemble des territoires. Deux autres projets « d'équipe d'intervention jeunesse », financés par le Ministère, sont en cours de réalisation sur les territoires du Centre-de-la-Mauricie et de Drummond.

- Un comité régional sur les services intégrés jeunesse réunissant les représentants des CLSC, Centre jeunesse et autres dispensateurs de services a été mis en place à l'automne 2001 puis relancer en février 2003. Il vise à identifier les meilleures pratiques devant être présentes sur chacun des territoires et à améliorer l'intégration des services aux enfants et à leur famille. Les travaux du comité amèneront l'Agence à formuler des cibles régionales de résultats dans ce secteur. La problématique de la négligence a été choisie prioritairement compte tenu qu'elle représente environ 50 % des signalements en protection de la jeunesse.

- Des travaux sont en cours pour implanter la nouvelle *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* (entente MSSS-MEQ).

Les services aux autochtones

- Depuis le début des années 1980, nos communautés atikamekws d'Opitciwan et de Wemotaci ont initié une démarche d'appropriation par laquelle elles prennent en charge progressivement la gestion et la dispensation des services sociaux et plus spécifiquement en protection de la jeunesse.

- En 1998, dans le document *Partenariat, développement actions*, et en réponse aux demandes de nos communautés atikamekws, le Québec s'est engagé à reconnaître aux communautés leur autonomie en matière de services sociaux dispensés aux enfants.

- En 1999, le Conseil de la Nation Atikamekw, dans le cadre d'une démarche supportée par les gouvernements canadiens et québécois, a entrepris d'importants travaux afin de mettre au point le « Système d'intervention d'autorité atikamekw » (SIAA).

- Les résultats de ce projet pilote ont permis au ministère de la Santé et des Services sociaux de publier en avril 2004, des *Lignes directrices permettant d'établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les Autochtones*.

Défis et enjeux

Nous constatons qu'il reste encore des améliorations à apporter dans le secteur jeunesse notamment au plan de la continuité, de la complémentarité et de l'harmonisation des services. De plus, le rehaussement des services en CLSC n'a pas eu, jusqu'ici, d'effets significatifs sur la pression des services spécialisés. Il faudra agir, en fonction de cibles de résultats précises afin que le réseau évolue vers un véritable continuum de services intégrés.

La généralisation des pratiques de pointe, notamment à l'égard de la problématique de la négligence, de même qu'une intervention rapide et intensive des services spécialisés doivent demeurer prioritaire. De plus, entre les services de première ligne et les services spécialisés, il faudra mettre en place un mécanisme de relais direct et personnalisé.

Afin de maintenir et de développer l'expertise et répondre ainsi aux plus hauts standards de qualité, la formation continue aux meilleures approches et outils est un incontournable.

L'organisation et la coordination des services

Jeunes en difficultés (suite)

Des efforts devront être investis pour que le système d'information utilisé dans les CLSC permette de recueillir des données fiables et comparables. Un système d'information avec des normes précises et connues de tous est essentiel si on veut assurer un suivi des services de première ligne.

Il sera important de mettre en place un tableau de bord qui permettra aux partenaires jeunesse des différents territoires d'avoir toutes les données sur leur clientèle et de développer leur vision commune des besoins des jeunes et de leur famille.

Services offerts aux joueurs et à leur entourage 2000 – 2004
Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec

Nombre de joueurs traités et % de complétion		
2001-2002	2002-2003	2003-2004
179	303	292

Nombre de joueurs ayant reçu des services d'un conseiller financier		
2001-2002	2002-2003	2003-2004
0	5	26

Nombre de joueurs ayant reçu des services de réinsertion (post-traitement)		
2001-2002	2002-2003	2003-2004
58	58	91

Nombre de proches ayant reçu des services de soutien		
2001-2002	2002-2003	2003-2004
16	22	26

L'organisation et la coordination des services

Dépendance

La toxicomanie

Sommaire

Le Conseil d'administration de la Régie régionale a adopté, en mars 1999, des orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie. Depuis, plusieurs mesures reliées aux orientations sont implantées ou sont en voie de l'être. Notons plus particulièrement :

- Le développement d'activités de prévention à partir des tables de concertation locales.
- La déconcentration des services externes dont ceux offerts aux jeunes sur tous les territoires par le Centre de réadaptation Domrémy.
- L'implantation d'un organisme de réadaptation interne pour les jeunes de 12 à 17 ans soit le Centre Jean Lapointe à St-Célestin d'une capacité de 12 places.
- L'instauration d'un mécanisme d'accès aux services spécialisés dédiés aux jeunes.
- Le développement d'un service de désintoxication interne au centre de réadaptation Domrémy pour les personnes présentant des risques de sevrage de modérés à sévères.
- L'accès au traitement par la substitution à la méthadone pour les toxicomanes.
- L'adaptation des interventions pour certains groupes afin de leur offrir une aide plus appropriée notamment les femmes, les jeunes et les personnes âgées, les personnes ayant un problème de santé mentale, les personnes judiciarisées et les personnes itinérantes.

Par ailleurs, l'ensemble des réalisations qui découlent des orientations régionales a pu être réalisé grâce à la volonté des partenaires d'agir de façon adaptée, auprès des personnes dépendantes et grâce aux choix budgétaires régionaux qui ont rendu ces actions possibles. En effet, le programme alcoolisme/toxicomanie n'a pu bénéficier d'aucun budget de développement, à l'échelle provinciale, et ce depuis plusieurs années.

Les informations complémentaires

- Un comité régional, composé des gestionnaires de CLSC, Domrémy, Centre jeunesse, centres hospitaliers et organismes communautaires, a été mis en place avec le mandat de soutenir l'implantation des orientations en alcoolisme et toxicomanie.
- Un budget régional annuel de 150 000 $ est réparti entre les 11 tables de concertation en toxicomanie pour réaliser des activités de promotion et de prévention.
- Dans le contexte de la concertation régionale du secteur jeunesse, il y a eu définition du continuum de services pour les adolescents. Un mécanisme d'accès a été mis en place depuis 3 ans. En moyenne, près de 300 jeunes sont évalués et référés à chaque année. Domrémy offre régulièrement des sessions de formation aux intervenants des établissements et aux organismes partenaires.
- Un service de désintoxication est implanté depuis décembre 2002 (un budget de 312 000 $ a été alloué à Domrémy en 2003-2004 puis consolidé de 163 700 $ en 2004-2005). Les résultats de l'évaluation de ce service sont très satisfaisants. Le nombre de personnes admises en centre de réadaptation interne est passé de 280 à 417 en 2003-2004 soit une augmentation de 76 %. De ce nombre, plus de 279 personnes ont d'abord eu recours au service de désintoxication et 73 % ont poursuivi leur démarche de réadaptation à la suite de la période de désintoxication. Ce service favorise notamment une réduction des hospitalisations reliées à la consommation d'alcool et de drogues dans les centres hospitaliers. Un protocole de référence et de transfert a d'ailleurs été signé entre Domrémy et le CHRTR. Des protocoles similaires seront développés cette année avec les autres centres hospitaliers de la région pour faciliter la référence rapide des personnes intoxiquées qui se présentent à l'urgence hospitalière.
- Le programme « méthadone » a été implanté pour la clientèle dépendante à l'héroïne ou aux opiacés. Les services ont été évalués et leur pertinence démontrée. Un cadre de référence a été produit et un comité d'experts en assure le suivi. Les formations nécessaires ont été offertes aux intervenants impliqués. Le recrutement de médecin pour participer au programme s'avère difficile.

- Les orientations stratégiques de Domrémy confirment le virage entrepris depuis quelques années soit de consacrer de façon prioritaire les services avec hébergement aux personnes ayant une dépendance sévère comportant des risques élevés et aussi celles présentant une instabilité psychosociale marquée.

- Conjointement le CHCM et Domrémy ont développé un programme intégré auprès des personnes souffrant de la double problématique de santé mentale et de toxicomanie. Des critères et modalités de dépistage et de diagnostic ont été élaborés.

- Les services aux clientèles féminines sont maintenant coordonnés par un responsable au comité de direction de Domrémy et des liens étroits sont établis avec des organismes du secteur de l'intervention auprès des femmes en difficulté.

Défis et enjeux

La déconcentration des services de Domrémy est complétée depuis l'an 2000. L'intégration des services au sein des différents territoires est avancée, mais il demeure certains arrimages à formaliser. Des ententes de service devront être établies entre Domrémy et chacune des 8 instances locales pour préciser notamment le niveau de services accessibles sur le territoire et les mécanismes d'accès aux services. Ceci constitue une occasion d'établir un réel continuum de services, de la prévention à la réinsertion.

Malgré les orientations de 1999 et le rôle attendu des CLSC à l'égard des services de première ligne, l'implication de ces derniers demeure encore modeste dans ce champ d'activité. Nos objectifs de résultats pour 2004-2005 visent particulièrement à ce que les instances locales fassent davantage de dépistage, d'intervention précoce et implantent des programmes de type « Alco-choix ». Un soutien leur sera apporté notamment par de la formation et un soutien financier pour la promotion des services.

Les services à la jeunesse demeurent un chantier majeur pour toutes les équipes concernées. Le réseau devra travailler à mettre en œuvre une stratégie d'intervention mieux adaptée aux besoins de cette clientèle et mieux coordonnée avec les autres organisations.

Dans un optique de prévention, il sera important de porter une attention particulière aux mères et femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie et de poursuivre les collaborations entreprises, entre autres, avec le Centre jeunesse pour contrer la négligence parentale.

Considérant l'ampleur des besoins en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, l'allocation de budgets de développement, à l'échelle provinciale, constitue un enjeu majeur pour l'offre de service régionale. Dans ce contexte, un positionnement adéquat du phénomène de la consommation de psychotropes et des conséquences qui en découlent, parmi l'ensemble des problèmes de santé et de services sociaux, représente un défi incontournable.

L'organisation et la coordination des services

Dépendance

Le jeu pathologique

Sommaire

À l'échelle provinciale, le programme expérimental sur le jeu pathologique a vu le jour en 2000-2001. Afin de guider les actions, le gouvernement déposait, en 2002, un plan d'action triennal et demandait à chacune des régions de se doter d'un plan d'action régional tenant compte des spécificités régionales. La même année, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec présentait donc un plan d'action dans lequel la concertation favorise la mise en place d'un réseau d'intervention intersectoriel régional et local grâce auquel sont entreprises des actions continues, complémentaires et coordonnées quant à la problématique du jeu excessif. Par ailleurs, depuis le début de la mise en place du programme expérimental, la priorité est d'offrir des services accessibles et de qualité aux joueurs pathologiques et à leur entourage. Pour ce faire, depuis 2001-2002, des sommes ont été allouées à Domrémy Maurice / Centre-du-Québec qui, comme organisme public de santé et de services sociaux, assume le mandat de la réadaptation auprès des personnes dépendantes et de leur entourage.

Des services de plus en plus complets et adaptés aux besoins spécifiques des joueurs se sont développés dans la région. Les joueurs et leur entourage peuvent donc recevoir des services externes dans onze points de services situés dans différents territoires de la région. Ils peuvent aussi recevoir des services d'un conseiller financier, des services réinsertion ou des services d'hébergement lorsqu'ils en ressentent le besoin. Les intervenants spécialisés qui offrent les services bénéficient de formation continue leur permettant d'être outillés pour intervenir avec efficacité.

Finalement, en 2003-2004, des sommes ont été allouées aux tables de concertation locales afin que les intervenants mobilisés par les problématiques de l'alcoolisme et de la toxicomanie s'approprient la problématique du jeu pathologique et agissent de façon préventive auprès des communautés et des personnes à risque.

Les informations complémentaires

- Le plan d'action triennal sur le jeu pathologique a été lancé dans la région en mai 2002.
- Sous la responsabilité de l'Agence, un comité représentatif des différentes organisations concernées soutient la réalisation du plan d'action régional. Le comité vise à développer une vision globale des dépendances et du continuum de services. Ces membres favorisent la concertation et la cohésion nécessaires à une réponse adaptée aux besoins de la population.
- Afin d'offrir des services de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes ayant des problèmes de dépendance au jeu et offrir des services à leur entourage, Domrémy reçoit un soutien financier non récurrent depuis 2001-2002. Les sommes allouées ont respectivement été, pour 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004 de 125 000 $, 525 000 $ et 480 000 $.
- Selon différentes études, les joueurs pathologiques représentent 2,1 % de la population âgée de 15 ans et plus. Domrémy rejoint annuellement un peu plus de 3 % de ces joueurs pathologiques et atteint ainsi la cible visée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. À ce titre, Domrémy se situe parmi les centres de réadaptation les plus performants au Québec.
- Depuis 2002-2003, une collaboration entre Domrémy et les associations coopératives d'économie familiale (ACEF) de la région permet de rendre disponibles aux joueurs pathologiques qui en font la demande, les services d'un conseiller financier.
- En 2003-2004, une campagne qui visait à sensibiliser la population sur le phénomène du jeu pathologique et à faire connaître les services existants a été réalisée dans l'ensemble de la région.
- En 2003-2004, une somme de 90 000 $ a été répartie entre les 11 tables de concertation en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique de la région. Ces tables sont composés d'intervenants qui oeuvrent auprès des différentes clientèles touchées par ces problématiques.

Enjeux et défis

De par sa nature, le programme expérimental sur le jeu pathologique constitue en soi un enjeu. La permanence du programme constituerait un facteur important dans la consolidation des services actuels et dans le développement de nouvelles actions.

Par ailleurs, offrir des services à 5 % des joueurs pathologiques et rejoindre un plus grand nombre de leurs proches représente un des défis importants liés à la réadaptation.

Finalement, la réalisation d'activités préventives menées en concertation, auprès de toutes les clientèles visées (jeunes, personnes âgées, joueurs d'appareils de loterie vidéo) constitue un défi de taille dans un contexte où le développement des connaissances est parfois nécessaire et doit précéder les actions.

Portrait des ressources hospitalières dédiées à la santé mentale en 2004

Nature	HDA	HSC	CHRTR	CHCM	La Tuque	Total
Psychiatres	2	7	5	6	0	22
Pédopsychiatres	2	1	0	1	0	4
Lits de courte durée adulte au permis	21	20	45	21	5	112
Services externes en psychiatrie adulte	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	---
Services externes en pédopsychiatrie	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	---
Lits de courte durée d'évaluation médico-légale	---	---	---	15	---	15
Lits de longue durée au permis	---	---	---	45	---	45

HDA Hôtel-Dieu d'Arthabaska
HSC Hôpital Ste-Croix
CHRTR Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHCM

Portrait des ressources de suivi et de maintien dans la communauté - 2004

Catégorie	Nature
CLSC (11)	• Équipe de base en santé mentale comprenant chacune une personne désignée pour le dossier suicide. • Présence d'un psychologue avec expertise en santé mentale dans chaque équipe-jeunesse. • Réponse 24/7 aux crises psychosociales et psychiatriques survenant dans le milieu. • Info-Social 24/7 (centrale régionale).
CHCM (mandat régional)	• Gestion déconcentrée dans tous les territoires de la région de 820 places en ressources de type familial et en ressources intermédiaires. • 6 équipes de suivi intensif localisées à Arthabaska, Drummond, Trois-Rivières, périphérie de Trois-Rivières, Shawinigan et La Tuque.
Organismes communautaires (29)	• 7 groupes d'entraide de personnes ayant un trouble mental, offrant aussi des services de centre de jour. • 7 groupes d'entraide de parents et proches. • 5 centres de prévention du suicide. • 7 organismes d'hébergement communautaires (77 places). • 1 organisme régional de défense des droits. • 1 organisme d'insertion par le travail. • 1 regroupement régional. • Budget accordé en 2002-2003 : 3,5 M $.

L'organisation et la coordination des services
Santé mentale

Sommaire

Depuis 1999-2000, l'organisation et l'accès aux services ont grandement évolué dans la région suite à l'adoption et à la mise en œuvre d'*Orientations régionales en santé mentale* (octobre 1999) et des *Cibles d'action prioritaires 2003-2005 dans le domaine du suicide* (mai 2003). Il faut particulièrement souligner :

- Implantation d'une équipe de base dans chacun des 11 CLSC qui ont desservi 1 535 personnes vivant un trouble mental transitoire, un trouble mental sévère et persistant ou ayant des idées suicidaires.
- Instauration d'une réponse 24/7 aux situations de crise sociale, psychosociale ou psychiatrique comportant une intervention immédiate dans le milieu et un suivi de crise à court terme.
- Déploiement d'équipes de suivi intensif dans les territoires des Bois-Francs, de Drummond et de La Tuque, en complément à celles qui existaient déjà (Trois-Rivières, périphérie de Trois-Rivières, Shawinigan), ces équipes assurant le suivi hebdomadaire dans la communauté de quelque 400 personnes parmi les plus gravement atteintes par une maladie mentale.
- Consolidation des organismes communautaires dont le soutien accordé par l'Agence a plus que doublé depuis 1995-1996 pour atteindre 3,5 millions.
- Réalisation d'un ambitieux programme de formation en santé mentale échelonné sur deux ans et ayant regroupé 47 médecins omnipraticiens.
- Application d'actions rigoureuses pour réduire les listes d'attente en vue d'une évaluation ou d'un traitement en pédopsychiatrie, particulièrement dans le territoire de Drummond permettant l'atteinte des cibles fixées par le Ministère pour 2003-2004.
- Mise en œuvre des cibles d'action prioritaires 2003-2005 en matière de suicide, dont l'accroissement des services dans les urgences et les CLSC et la formation d'un noyau d'expertise constitué de 25 intervenants.

Les éléments qui suivent donnent davantage d'information sur ces faits saillants.

Les informations complémentaires

- Mise en place dans chacun des 11 CLSC, d'une équipe de base en santé mentale offrant des services d'évaluation, de traitement, d'accompagnement et de suivi aux personnes suicidaires, aux personnes vivant un trouble mental transitoire et aux personnes vivant un trouble sévère et persistant dont la condition est stabilisée. Injection à cette fin de crédits de développement récurrents de 2,0 millions entre 2000-2001 et 2004-2005.
- Mise en place dans chaque territoire de CLSC et au niveau de la région du « Modèle régional d'intervention en situation de crise ». Cette réponse aux personnes vivant une crise psychosociale, une urgence sociale ou une urgence psychiatrique comprend notamment :
  - Une intervention téléphonique 24/7 assurée par les CLSC et par la centrale régionale Info-Social, en lien avec les centres de prévention du suicide et autres partenaires.
  - Une intervention immédiate dans le milieu lorsque la situation de la personne le requiert (CLSC).
  - Un suivi de crise à court terme offert en continuité de l'intervention immédiate (CLSC).
  - De l'hébergement à court terme et de dépannage (organismes communautaires).
  - L'intervention à l'urgence hospitalière (CH).
  - L'hospitalisation de courte durée en psychiatrie (CH).
- Présence de 6 équipes déconcentrées sous la responsabilité du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM), assurant le suivi intensif dans la communauté des personnes les plus gravement atteintes par une maladie mentale. Avec une moyenne de 404 personnes suivies par période de 4 semaines en 2003-2004, la région est l'une des plus avancées au Québec à ce chapitre (potentiel de clientèle estimé par le Ministère à 485 personnes pour notre région).

Quelques données statistiques sur les personnes rejointes par les services de santé mentale de la région en 2002-2003 (sauf indication contraire)

Services	Données statistiques
7 groupes d'entraide de personnes ayant un problème de santé mentale, incluant les services de centre de jour	• 586 usagers réguliers (plusieurs fois par semaine) et 1 015 usagers occasionnels
7 groupes d'entraide de parents	• environ 2 120 usagers réguliers
7 organismes d'hébergement communautaires	• 1 495 admissions
5 centres de prévention suicide	• 17 476 appels téléphoniques
11 équipes de base en santé mentale des CLSC	• 19 876 interventions auprès de 1 535 personnes en 2003-2004 pour une moyenne de 7,84 interventions par personne
5 départements de psychiatrie	• 2 131 hospitalisations de courte durée pour 51 344 jours d'hospitalisation, pour une durée moyenne de séjour de 24,1 jours

L'organisation et la coordination des services

Santé mentale (suite)

- De 1995-1996 à 2002-2003, le soutien financier accordé par l'Agence aux organismes communautaires en santé mentale est passé de 1,6 à 3,5 millions de dollars par année, soit une croissance de 135 %.

- De 1995-1996 à 2003-2004, les ressources budgétaires attribuées au programme santé mentale dans son ensemble ont progressé de 40,1 %, passant de 38,2 millions à 53,8 millions. Pendant cette période, l'enveloppe budgétaire totale de la région, réunissant les budgets pour tous les programmes de services, a crû de 24,5 %.

- Développement et réalisation à compter de 2002-2003 d'un programme de formation en santé mentale sur deux ans à l'intention de médecins omnipraticiens. Un total de 47 médecins a participé à cette formation. L'Agence entend lancer d'autres programmes de formation de ce genre auprès des omnipraticiens à compter de 2004-2005.

- La collaboration entre le milieu hospitalier et les CLSC a permis de réduire de 456 à 258 le nombre de jeunes en attente d'une évaluation ou d'un traitement pédopsychiatrique, entre le 1er avril 2003 et le 31 mars 2004, répondant ainsi à la cible fixée par le Ministère. À lui seul, le territoire Drummond a connu une réduction de 252 à 122.

- Face à la problématique importante du suicide, où notre région se retrouve au 4e rang parmi les régions du Québec avec un taux de 24,9 suicides par 100 000 personnes, comparativement à la moyenne québécoise, elle-même déjà élevée, qui s'établit à 19,8 suicides par 100 000 personnes, l'Agence adoptait en mai 2003 des *Cibles d'action prioritaires 2003-2005* dont la mise en œuvre a débuté en 2003-2004 par les actions suivantes :

  - Consolidation des équipes de base en santé mentale des CLSC et désignation, au sein de chacune d'elles, d'une personne qui développe une expertise dans l'intervention auprès des personnes suicidaires et qui agit en soutien conseil auprès de ses collègues. De telles personnes ont aussi été désignées au Centre Jeunesse et à Domrémy.

  - Mise sur pied par l'Agence en 2004 d'un regroupement régional réunissant les intervenants désignés des établissements, des 5 centres de prévention du suicide et 2 intervenants provenant des communautés Atikamekw. Le but de ce regroupement professionnel est de soutenir les intervenants par des activités de développement des compétences, de partage et de développement d'outils cliniques, de mise en réseau et de vigilance face au phénomène du suicide dans la région.

  - Amélioration de la prise en charge des personnes suicidaires et des personnes en crise de santé mentale à l'urgence de chacun des 4 centres hospitaliers par l'accès, 7 jours par semaine, à des ressources professionnelles qui voient à garantir une prise en charge adéquate de la personne et une continuité dans les services qui lui sont offerts, à partir du moment où les services de l'urgence ne lui sont plus requis.

Défis et enjeux

Les principaux défis et enjeux qui confrontent la région dans un avenir rapproché sont :

- Pallier aux difficultés entourant le manque de psychiatres et de pédopsychiatres dans la région, particulièrement dans le secteur de Trois-Rivières et, dans une moindre mesure, dans ceux de Shawinigan, Victoriaville et Drummondville.

- Améliorer la réponse aux personnes ayant un problème de santé mentale qui se présentent dans les urgences des hôpitaux, de sorte notamment à réduire la fréquence et la durée de leurs séjours dans ces urgences et contribuer ainsi au désengorgement de ces dernières.

- Préparer et mettre en œuvre un plan d'action régional dans le domaine de la santé mentale suite à la réception du plan ministériel attendu en septembre 2004.

- Poursuivre l'implantation des *Cibles d'action prioritaires régionales 2003-2005* en matière de suicide et mettre en œuvre le plan d'action demandé par le Ministère visant à systématiser le recours au « suivi intensif de 3 mois » pour les personnes présentant un risque suicidaire élevé.

- Atteindre les objectifs visés dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2004-2005, particulièrement en ce qui a trait aux services pour les jeunes ayant des troubles mentaux et au suivi d'intensité variable offert dans la communauté aux adultes ayant des troubles mentaux graves.

Proportion des séjours à l'urgence sur civière de plus de 24 heures et de plus de 48 heures en Mauricie et au Centre-du-Québec, de 2000-2001 à 2003-2004

	% des séjours de plus de 24 heures			% des séjours de plus de 48 heures		
Établissements	**2000-01**	**2003-04**	**Écart**	**2000-01**	**2003-04**	**Écart**
Hôpital Ste-Croix	14,6	20,6	+ 6,0	1,2	4,4	+ 3,2
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	19,2	14,6	- 4,6	2,7	2,1	- 0,6
CH Centre-Mauricie	9,7	8,8	- 0,9	2,1	0,9	- 1,2
CH régional Trois-Rivières • Installation St-Joseph	22,8	26,1	+ 3,3	2,9	4,9	+2,0
Total régional[1]	**17,8**	**19,2**	**+ 1,4**	**2,3**	**3,5**	**+ 1,2**
Ensemble du Québec	**18,5**	**21,9**	**+ 3,4**	**4,6**	**6,8**	**+ 2,2**

Source : Registre des urgences hospitalières (J56) 2000/2001 et 2003/2004

Les cibles contenues dans l'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence sont :
- Maximum de 15% de séjours sur civière de 24 heures ou plus
- Aucun séjour sur civière de plus de 48 heures

Comparaison du volume et de la répartition des patients sur civière dans les urgences en Mauricie et au Centre-du-Québec et au Québec, entre 2000-2001 et 2003-2004

	Problèmes de santé physique			Problèmes de santé mentale			Tous		
	2000-2001	2003-2004	Variation	2000-2001	2003-2004	Variation	2000-2001	2003-2004	Variation
Nombre total de patients sur civière Mauricie et Centre-du-Québec	46 148	49 615	+ 7,5%	2 580	4 802	+ 86,1%	48 728	54 417	+ 11,6%
Nombre total de patients sur civière Québec	843 107	894 781	+ 6,1%	65 948	72 287	+ 9,6%	909 055	967 068	+ 6,4%
Patients ayant un tel problème en Mauricie et Centre-du-Québec	95 %	91 %		5 %	9 %		100 %	100 %	
Patients ayant un tel problème au Québec	93 %	93 %		7 %	7 %		100 %	100 %	
Patients sur civière ayant 65 ans ou + en Mauricie et Centre-du-Québec	40,2 %	39 %		0,6 %	1 %		41 %	40 %	
Patients sur civière ayant 65 ans ou + au Québec	34 %	35 %		1 %	1 %		34 %	35 %	

Source : Registre des urgences hospitalières (J56). (Seuls les centres hospitaliers suivants sont illustrés : Hôtel-Dieu d'Arthabaska, Hôpital Ste-Croix, CH Centre-de-la-Mauricie, CH régional de Trois-Rivières).

L'augmentation de 86 % du nombre de patients aux prises avec un problème de santé mentale en Mauricie et Centre-du-Québec peut s'expliquer par l'omission de la codification appropriée dans certains endroits en 2000-2001. La situation a été corrigée dans les années subséquentes.

L'organisation et la coordination des services

Santé physique

Sommaire

Depuis 1999-2000, l'évolution de l'organisation et de l'accès aux services de santé physique dans la région se caractérise par :

- Maintien des temps d'attente sur civière à l'urgence des hôpitaux à un niveau plus satisfaisant que la moyenne du Québec, malgré la pénurie importante de médecins dans la région. Toutefois, les cibles nationales ne sont pas atteintes.

- Déconcentration à Drummondville et Victoriaville de services de dialyse rénale permettant à quelque 50 personnes de recevoir trois fois par semaine ce service près de leur lieu de résidence plutôt que d'avoir à se rendre à Sherbrooke, Montréal, Trois-Rivières ou en Montérégie.

- Élargissement des services disponibles dans la région même à l'intention des personnes subissant un traumatisme, particulièrement, grâce à la mise sur pied d'un consortium dispensant des services aux personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral

- Amélioration de la performance des services préhospitaliers offerts aux citoyens en situation d'urgence, par diverses mesures visant à améliorer le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources (ambulanciers, premiers répondants) en conséquence, ainsi que la qualité des services offerts par les techniciens ambulanciers et les premiers répondants.

- Structuration dans chaque territoire et dans la région des services aux personnes atteintes du cancer dont les bénéfices devraient commencer à se faire davantage sentir chez les patients à compter de 2004-2005, particulièrement grâce à l'action d'infirmières-pivots qui accompagnent et dirigent ces personnes dans le réseau.

- Taux de participation des femmes au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) de 52 % (pour environ 15 000 femmes) un peu supérieur à la moyenne du Québec, la région connaissant cependant des difficultés au niveau des délais d'attente pour une mammographie, ces difficultés étant causé par une pénurie de radiologistes et de technologues.

- Implantation progressive de 10 centres d'enseignement aux asthmatiques qui offrent un programme structuré d'enseignement et de suivi permettant aux personnes asthmatiques de mieux gérer leur maladie avec, pour conséquences, une diminution des visites à l'urgence, des hospitalisations et des absences maladie, sans parler d'une meilleure qualité de vie pour ces personnes.

- Implantation dans tous les territoires de l'approche Suivi systématique de la clientèle qui assure, avec l'implication des équipes de soins des hôpitaux, des CLSC et des CHSLD, le meilleur cheminement clinique et la coordination des soins et services destinés à groupes de clientèle bien précis (ex. : personnes ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique).

- Amélioration significative des services de laboratoire, 98 % des analyses avec rendez-vous étant réalisées en 14 jours ou moins.

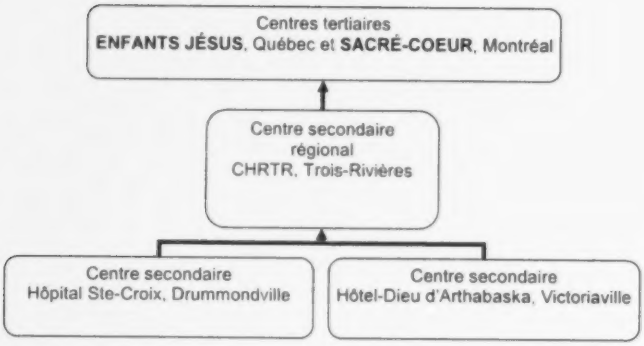
Les éléments qui suivent donnent davantage d'information sur ces faits saillants.

Informations complémentaires

Les urgences

- Depuis 1999-2000, l'Agence met en opération un plan de contingence pour gérer le surplus d'achalandage dans les urgences hospitalières de la région, qu'ils soient occasionnés par les recrudescences annuelles d'influenza ou par des événements particuliers tels la fermeture temporaire d'une urgence. Le plan de contingence est une façon proactive de gérer les débordements et consiste, notamment, à assigner des ressources additionnelles pour faire face à ce surcroît temporaire d'achalandage et à coordonner les transports ambulanciers de sorte à les orienter vers les urgences les moins achalandées. Ce plan de contingence explique en partie les performances de la région qui sont meilleures que celles de la moyenne du Québec en terme de durée de séjour sur civière à l'urgence. (voir tableaux)

Réseau régional de traumatologie



- Avec l'apport du Centre de coordination national sur les urgences (CCNU), un suivi rigoureux des cibles de performance visées est fait de sorte que deux établissements de notre région ont dû déposer un plan d'action pour l'année 2004-2005, indiquant les mesures qu'ils prévoient prendre pour rencontrer les cibles. L'Agence se doit également de produire un plan d'action régional pour les salles d'urgence qui sera transmis en septembre.

- Cela dit, la tendance vers une détérioration de la situation des urgences, commune à l'ensemble du Québec, nous préoccupe. Au-delà des causes liées à l'organisation des services, la pénurie importante de médecins omnipraticiens et de psychiatres ainsi qu'une population plus âgée que la moyenne québécoise (14,8 % de personnes de 65 ans et plus versus 13,0 % en 2001) expliquent en partie les scores de la région.

La dialyse rénale

- La déconcentration des services de dialyse rénale dans notre région, qui jusque-là n'étaient disponibles qu'à Trois-Rivières, constitue une première au Québec. Elle a été rendue possible par :
  - la collaboration qui s'est établie entre les néphrologues du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et les médecins internistes de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville et de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska,
  - par le recours à la télémédecine
  - par un soutien budgétaire important accordé par l'Agence et le Ministère.

  L'Agence prévoit compléter la déconcentration de ce service au cours des prochaines années en ajoutant une unité satellite à Shawinigan.

- Une trentaine de personnes reçoivent leurs services de dialyse à Drummondville et une vingtaine à Victoriaville, à un rythme de 3 fois par semaine. Au 31 mars 2004, les 3 hôpitaux sus mentionnés ont desservi 204 patients en traitement de dialyse rénale et 306 patients suivis en prédialyse.

La traumatologie

- Le réseau de traumatologie de la région compte sur le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) comme centre secondaire régional, l'Hôpital Ste-Croix et l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska comme centres secondaires et le Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice comme centre primaire. Ces établissements sont désignés suite à l'évaluation du Groupe-conseil ministériel en traumatologie.

- En 2003-2004, le Groupe-conseil en neurotraumatologie a recommandé à l'unanimité la désignation du CHRTR et du Centre de réadaptation InterVal, en collaboration avec l'Association des traumatisés craniaux-cérébraux Mauricie/Centre-du-Québec, comme consortium offrant des services aux enfants, adolescents et adultes ayant subi un TCC modéré et grave.

Les services préhospitaliers d'urgence

- Depuis 2003-2004, centralisation de 100 % des appels des citoyens de la région (42 000 en 2002-2003) au Regroupement des appels santé Mauricie Centre-du-Québec (RASMCQ), modernisation des équipements et développement d'un programme d'assurance qualité.

- Mise en place à l'Agence d'un programme d'assurance qualité pour toutes les interventions dans ce secteur avec, notamment, de multiples formations données aux techniciens ambulanciers (287), un système de révision des interventions et un suivi des corrections.

- Consolidation du réseau de premiers répondants dans la région comptant 27 municipalités et recertification annuelle de plus de 150 premiers répondants.

- Lancement du programme régional de formation à la réanimation cardiorespiratoire en milieu scolaire secondaire et collégial au cours de l'année 2002-2003.

- En avril 2002, le temps-réponse moyen en milieu urbain était de 9,4 minutes (cible : <8,0), de 14,3 minutes en milieu semi-rural (cible : <15'0) et de 23,8 minutes en milieu rural (cible :<30,0).

Délais moyens d'attente au 10 mai 2004 pour l'obtention d'une mammographie de dépistage ou une mammographie diagnostique du cancer du sein en Mauricie et au Centre-du-Québec (en nombre de semaines)

	Nombre de semaines d'attente				
	CHCM Shawinigan	**HSC Drummondville**	**Clinique radiologique des Bois-Francs**	**Hôtel-Dieu d'Arthabaska**	**CHRTR Trois-Rivières**
Mammographie de dépistage	36	23	4	n.d.	10
Investigation additionnelle	1	1	n.d.	2	4
Mammographie diagnostique	32	3	1	1	17

Le programme de lutte contre le cancer

- Depuis 2000, l'Agence et les établissements de la région travaillent avec détermination à l'implantation d'un *Réseau intégré de lutte contre le cancer*, offrant des services allant de la promotion et de la prévention au dépistage, du diagnostic au traitement, à la réadaptation ou, le cas échéant, aux soins de fin de vie. Ont été mis en place progressivement, notamment grâce à des investissements de 800 000 $:
  - des infirmières-pivots en oncologie partout dans la région, en mesure d'accompagner et de diriger les personnes atteintes de cancer dans le réseau de la santé.
  - une équipe interdisciplinaire régionale en oncologie au CHRTR.
  - cinq équipes interdisciplinaires locales en oncologie (La Tuque, Shawinigan, Trois-Rivières, Drummondville et Victoriaville).
  - un programme de formation pour les infirmières en oncologie.
- Ce programme prend aussi appui sur le développement du service de radio-oncolgie du CHRTR qui a desservi 1 198 personnes en 2003-2004, dont plusieurs en provenance de la région de Lanaudière en vertu d'une entente de service interrégionale.

Le programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

- Le programme régional, sous la responsabilité de l'Agence de santé et de services sociaux, est coordonné par le CHRTR. Démarré en 1998, il est bien implanté et repose sur :
  - 3 centres de dépistage, de référence et d'investigation diagnostique situés à Shawinigan, Trois-Rivières et Drummondville;
  - 1 centre de dépistage désigné (CDD) privé et 1 centre de référence et d'investigation diagnostique (CRID) à Victoriaville;
  - 1 centre de dépistage désigné à La Tuque.
- Le taux régional de participation des femmes au PQDCS en 2002-2003 était de 52 %, ce qui correspond à environ 15 000 femmes. Ce taux place la région au 7e rang au Québec, dont la moyenne de participation s'élevait à 46,7 %. Le taux de rétention régional s'établissait en 2003 à 93,4%, soit la 8e place au Québec dont la moyenne était de 92,6 %.
- La région vit une grave pénurie de radiologistes et de technologues, limitant l'accès aux services radiologiques et entraînant des délais importants pour les mammographies. Plusieurs plaintes de patientes ont été reçues. Les délais d'attente au 10 mai 2004 figurent au tableau ci-joint.

  Devant cet état de fait, l'Agence s'est assuré qu'un plan d'action soit élaboré afin d'améliorer les délais d'attente, tant pour les mammographies de dépistage que pour les mammographies diagnostiques. Ainsi, le CHRTR a organisé la référence de près de 600 femmes en attente de mammographie diagnostique à Québec et à Sorel avant l'été 2004, alors que l'Hôpital Sainte-Croix réalise maintenant des mammographies de dépistage le soir, grâce à l'ajout d'une technologue. Le CHCM a prévu la venue de la Clinique mobile de dépistage du cancer du sein dont dispose le Québec en plus de référer des patientes à l'extérieur de la région.

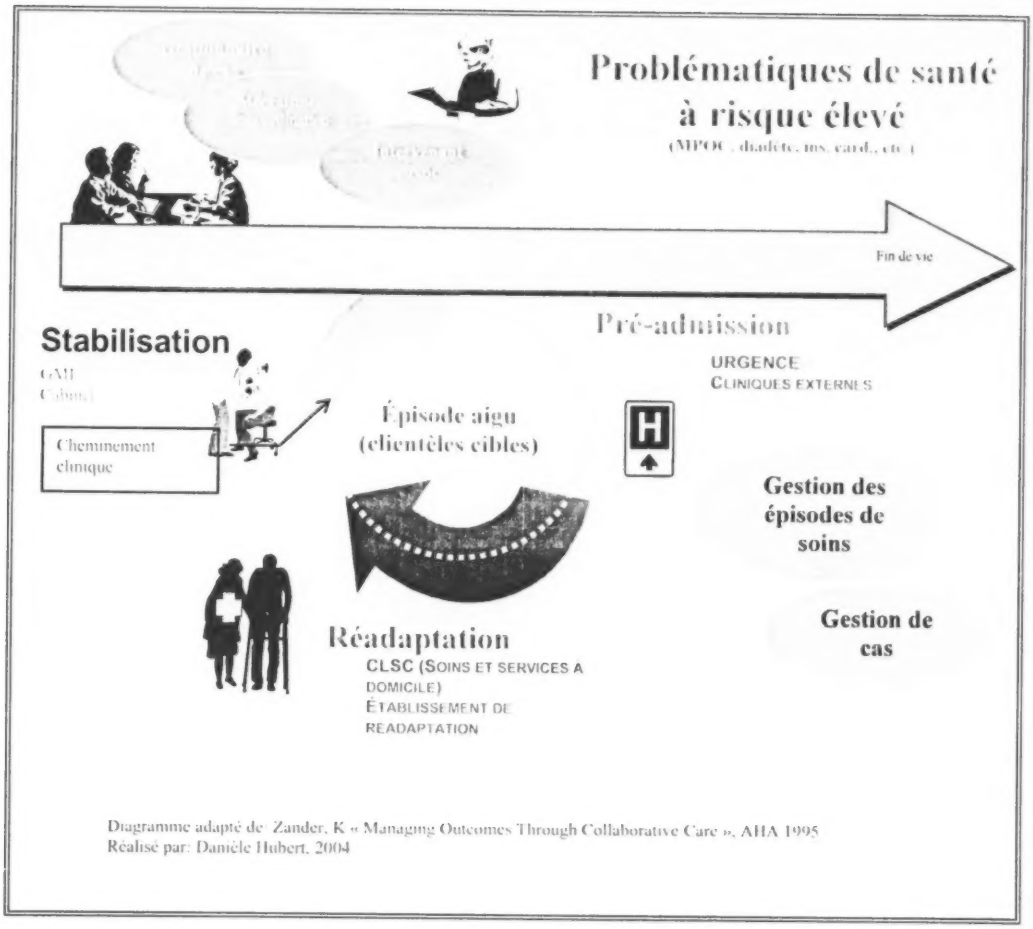


Diagramme adapté de Zander, K « Managing Outcomes Through Collaborative Care », AHA 1995
Réalisé par: Danièle Hubert, 2004

Suivi systématique de clientèles

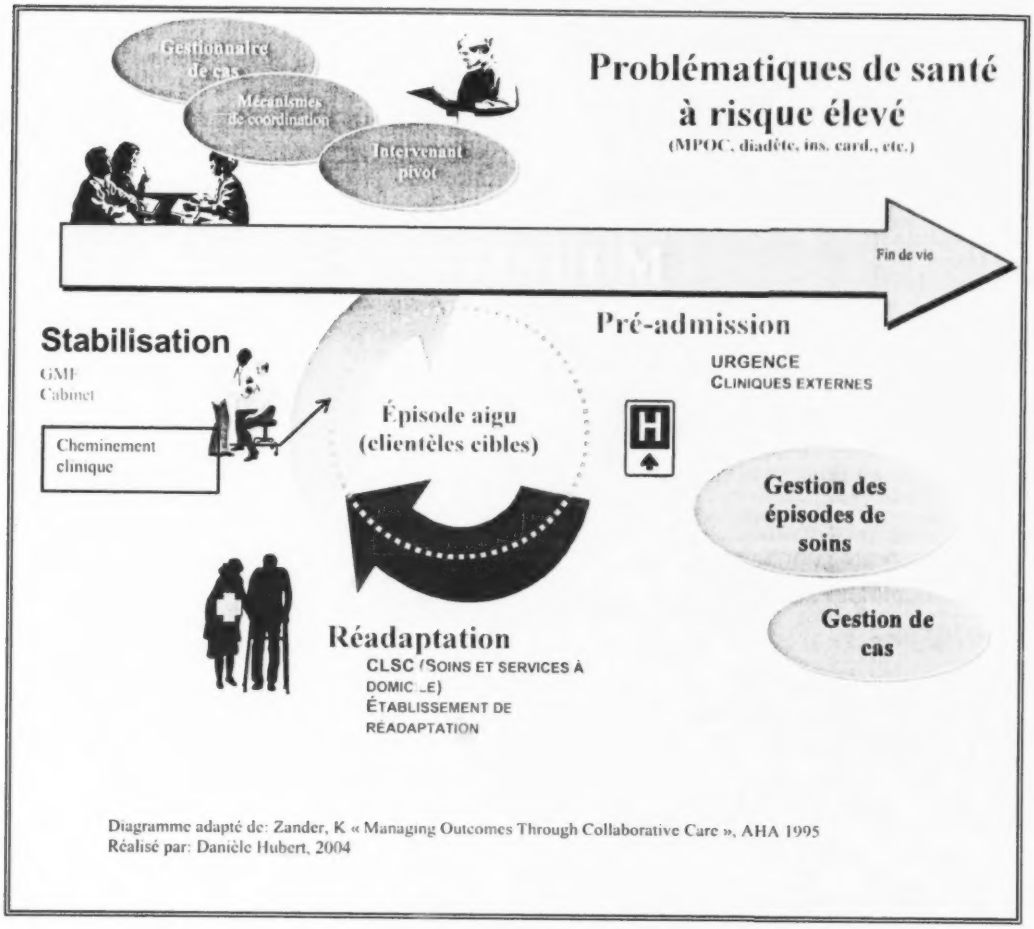


Diagramme adapté de: Zander, K. « Managing Outcomes Through Collaborative Care », AHA 1995
Réalisé par: Danièle Hubert, 2004

L'organisation et la coordination des services
Santé physique (suite)

Le suivi systématique de la clientèle

Le *Suivi systématique de la clientèle* est un modèle constitué d'un ensemble d'outils et de stratégies conçus spécifiquement pour assurer le meilleur cheminement clinique et la coordination des soins et services à l'intention de groupes de clientèle bien précis (ex : personnes ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique). Le SSC, qui vise aussi l'utilisation optimale des ressources disponibles, intègre les objectifs et les interventions relatifs à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie, au traitement et à la réadaptation des personnes.

Initiée à l'automne 2001 sous l'impulsion de l'Agence, la structure du modèle régional de SSC se présente comme suit :

- Une équipe régionale chargée de la coordination, de la formation et de l'évaluation des projets visant tous les territoires de CLSC de la région.

- 4 équipes territoriales (CH – CLSC – CHSLD), supportées chacune par un chargé de projet et des professionnels attitrés à des groupes de clientèle spécifique.

- Élaboration et déploiement des processus et des outils selon les meilleurs standards, développés en collaboration avec l'Université du Québec à Trois-Rivières.

- Ce choix, par chacune des équipes territoriales et entériné par la haute direction de chacun des établissements concernés, de 4 groupes de clientèle spécifique. Ces clientèles sont :

    1. Territoires couverts par le CHCM (Shawinigan) : maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), diabète, cancer du sein et insuffisance cardiaque;
    2. Territoires couverts par le CHRTR (Trois-Rivières) : chirurgies digestives, insuffisance cardiaque, prothèses totales de la hanche et du genou, périnatalité;
    3. Territoires couverts par l'Hôpital Sainte-Croix (Drummondville) : laryngectomisés, santé mentale adulte et infantile, MPOC;
    4. Territoires couverts par l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska (Victoriaville) : MPOC, insuffisance cardiaque, prothèses totales de la hanche et du genou, santé mentale adulte.

- Collaboration avec d'autres programmes cliniques visant des objectifs similaires, soit le programme de lutte contre le cancer et le programme de services « Personnes âgées en perte d'autonomie ».

Parmi les résultats concrets obtenus à ce jour, mentionnons à titre d'exemples l'harmonisation de l'enseignement fait à la clientèle diabétique, dans le territoire du Centre-de-la-Mauricie ou la diminution de 29 % des réadmissions évitables chez les personnes ayant une maladie mentale dans le territoire de Drummond. Dans les autres territoires, un processus d'évaluation est actuellement en cours et les résultats seront connus à l'automne 2004.

Les services de laboratoire

- Depuis novembre 2001, les résultats de l'enquête provinciale sur les délais d'attente aux services de prélèvements, effectuée deux fois par année, donnent une cote A pour l'ensemble des établissements de la région. Cette cote signifie que plus de 98 % des analyses avec rendez-vous sont réalisées à l'intérieur des délais prescrits par le Ministère, soit 14 jours.

- Pour ce qui est de la performance économique des laboratoires, le coût unitaire régional est passé de 0,77 $ en 1999-2002 à 0,69 $ par analyse en 2003-2004, ce qui représente une amélioration marquée par rapport à la cible du Ministère qui est fixée à de 0,70 $.

Défis et enjeux

Les principaux défis et enjeux qui confrontent la région dans un avenir rapproché sont :

- Accroître le nombre et assurer une meilleure répartition des médecins généralistes et spécialistes dans les territoires et les établissements de la région. D'ici à ce que la région se retrouve en situation d'équilibre à ce chapitre, établir les ententes de service intra et interrégionales pour garantir un meilleur accès à la population aux services spécialisés.

- Réduire les listes d'attente dans certains domaines, notamment en chirurgie (ex. : hanches, genoux, cataractes, chirurgie d'un jour et chirurgie avec hospitalisation).

L'organisation et la coordination des services

Santé physique (suite)

- Soutenir le CHRTR et le réseau dans la réalisation du projet de campus universitaire en médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières afin que ce soit un succès et que cela entraîne le développement en région de formations complémentaires.

- Améliorer la situation dans les urgences des centres hospitaliers de la région afin d'atteindre les cibles nationales, en dépit du fait que la pénurie d'effectifs médicaux pose des contraintes importantes à notre région à cet égard.

- Accentuer et consolider l'intégration des services, particulièrement par une application plus répandue de l'approche de *Suivi systématique de la clientèle* et par le déploiement du programme de lutte contre le cancer.

La sécurité civile
(Mesures d'urgence)

Sommaire

Hormis les interventions lors de sinistres réels ou appréhendés, 2 réalisations majeures caractérisent l'action de la région depuis 1999 dans le domaine de la sécurité civile :

- Une mise en réseau des établissements et de l'Agence, reposant sur un partage clair des rôles et responsabilités de chacun, sur un leadership proactif et sur une forte dynamique de travail de collaboration.

- La réalisation d'une campagne majeure d'information sur le risque nucléaire et de pré-distribution de comprimés d'iode, qui s'est déroulée avec succès et sans controverse à l'automne 2003.

Les éléments qui suivent donnent davantage d'information sur ces faits saillants.

Les informations complémentaires

- Actions relatives à la mise en réseau :

  - En 1999-2000, l'Agence devient la première au Québec à placer la responsabilité de ce dossier au niveau de la direction générale afin d'assumer une coordination stratégique des divers volets reliés aux mesures d'urgence. Une équipe complète de planification et de coordination est constituée, avec des expertises en santé physique, en services sociaux, en santé publique et en communications.

  - Mise sur pied d'un regroupement des responsables locaux des mesures d'urgence des 23 établissements publics de la région et de l'Agence. Les rencontres régulières et les activités de formation de ce regroupement, pilotées par l'Agence, permettent de mieux préparer le réseau à réagir efficacement aux différents sinistres.

  - Adoption en 2002-2003 du *Plan régional des mesures d'urgence* venant définir les contributions attendues des établissements et de l'Agence dans ce domaine. Il s'agissait alors, dans le secteur de la sante et des services sociaux, du premier plan régional au Québec entièrement conçu en fonction du *Plan national de sécurité civile*.

  - Mise sur pied d'un regroupement de 35 travailleurs sociaux et psychologues provenant des 11 CLSC de la région. Les rencontres régulières et les activités de formation de ce regroupement, pilotées par l'Agence, permettent le développement d'une vision, d'habiletés et d'outils communs en matière d'intervention psychosociale lors de sinistres de toute nature.

- Participation active de l'Agence, au sein de l'*Organisation régionale de la sécurité civile*, à la confection du Plan des mesures d'urgence nucléaire externe relié à la Centrale nucléaire Gentilly-2 et à sa mise en oeuvre. Notamment, l'Agence a :

  - Produit les lignes directrices sur l'utilisation des comprimés d'iode stable, sur la protection des citoyens et sur celle des travailleurs d'urgence en cas d'accident à la Centrale nucléaire Gentilly 2.

  - Élaboré et appliqué à l'automne 2003, en concertation avec ses partenaires, une campagne d'information préventive à la population (270 000 personnes) et de pré-distribution de comprimés d'iode dans les localités environnant la Centrale nucléaire Gentilly-2 (10 000 personnes). Ce fut la première opération de communication publique sur le risque nucléaire de cette envergure à être réalisée au Canada.

L'organisation et la coordination des services
Autres (suite)

Sommaire

Les problématiques de la violence conjugale et sexuelle sont en hausse depuis 1999

Bien que l'ampleur de ces phénomènes soit très difficile à quantifier, les services policiers de la région ont reçu et jugé fondées après enquête, les plaintes de 679 femmes victimes de violence conjugale de la part de leur conjoint actuel ou de leur ex-conjoint. Ce chiffre correspond à une augmentation de 20 % par rapport à 1999 alors que le Québec connaissait une augmentation de 11 %. Selon les statistiques du ministère de la Sécurité publique pour 2002, les services policiers ont comptabilisé 382 infractions d'ordre sexuel dans la région, ce qui correspond à une augmentation de 51 % par rapport au nombre d'infractions de ce type survenues en 1999.

L'Agence travaille donc activement pour soutenir l'actualisation de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale et des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.

Les informations complémentaires

En violence conjugale

- Adoption par le conseil d'administration de l'Agence, en avril 1999, de 3 priorités régionales : le développement des services externes pour les femmes victimes de violence conjugale, la prévention auprès des jeunes et la formation des intervenants.
- Réalisation d'une campagne régionale de sensibilisation à la violence faite aux femmes en 1999.
- Formation, en 1999-2000, de tous les gestionnaires et intervenantes et intervenants de CLSC pour l'implantation d'un protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale. Au total, 979 personnes ont reçu la formation subventionnée par l'Agence.
- Support à la signature et à l'application de protocoles d'intervention sociojudiciaires inter-organismes en violence conjugale.
- Augmentation du budget accordé aux 7 maisons d'hébergement de la région de 1 934 952 $ en 1998-1999 à 2 328 794 $ en 2002-2003. Des montants ont notamment été accordés pour des ressources d'intervention auprès des enfants témoins de violence conjugale.
- Augmentation du budget accordé aux 3 ressources d'aide pour les conjoints violents de 297 899 $ en 1998-1999 à 316 608 $ en 2002-2003.

En agression sexuelle

- Désignation de 6 centres devant offrir des services d'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle.
- Formation des intervenantes et intervenants des équipes médicosociales et des partenaires des autres secteurs concernés sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle en centre désigné. Au total, 56 médecins et plus de 200 infirmières et intervenantes sociales ont reçu la formation.
- Rédaction et diffusion à toutes les agences de santé et de services sociaux (en 2003) d'un document de formation sur l'intervention psychosociale destiné aux intervenantes et intervenants des équipes médicosociales et des autres secteurs devant répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle.
- Organisation, en 2003, d'une journée régionale sur la prévention en milieu scolaire de la violence dans les relations amoureuses et des agressions sexuelles.
- Réalisation, en 2003, d'une campagne de prévention des agressions sexuelles liées aux drogues du viol et autres substances.
- Assurer l'accessibilité de services d'aide aux femmes et adolescentes ayant été victimes d'agression sexuelle dans les territoires non desservis par les CALACS de Trois-Rivières et de Drummondville.

Programme déficience intellectuelle – Statistiques au 31 mars 2004

Districts sociosanitaires	Ressources de type familial				Ressources intermédiaires			
	Nombre de ressources	Places accréditées	Places occupées	Taux d'occupation	Nombre de ressources	Places accréditées	Places occupées	Taux d'occupation
Haut Saint-Maurice	5	18	16	89%	3	13	12	92%
Mékinac	0	0	0	0 %	0	0	0	0 %
Centre-de-la-Mauricie	26	77	69	90%	18	63	61	97%
Maskinongé	8	31	29	94%	6	25	25	100%
Trois-Rivières	38	104	99	95%	5	18	18	100%
Cap-de-la-Madeleine	22	54	53	98%	2	7	7	100%
Des Chenaux	0	0	0	0 %	0	0	0	0 %
Nicolet-Yamaska	10	31	28	90%	7	28	27	96%
Bécancour	10	23	21	91%	9	30	28	93%
Drummond	35	95	87	92%	6	17	16	94%
Arthabaska	51	124	109	88%	14	46	41	89%
De l'Érable	40	110	95	86%	12	47	45	96%
TOTAL :	**245**	**657**	**606**	91%	**82**	**294**	**280**	95%

Programme jeunesse – Statistiques au 31 mars 2004

Districts sociosanitaires	Ressources de type familial				Ressources intermédiaires			
	Nombre de ressources	Places accréditées	Places occupées	Taux d'occupation	Nombre de ressources	Places accréditées	Places occupées	Taux d'occupation
Haut Saint-Maurice	14	36	36	100 %	0	0	0	0 %
Mékinac	8	17	13	76 %	0	0	0	0 %
Centre-de-la-Mauricie	80	234	149	64 %	1	4	4	100 %
Maskinongé	23	80	50	63 %	0	0	0	0 %
Trois-Rivières	79	262	187	71 %	0	0	0	0$%
Cap-de-la-Madeleine	51	129	89	69 %	1	4	4	100%
Des Chenaux	10	16	15	94 %	0	0	0	0 %
Nicolet-Yamaska	32	84	61	73 %	0	0	0	0 %
Bécancour	13	32	24	75 %	1	4	4	100 %
Drummond	119	348	243	70 %	1	4	4	100 %
Arthabaska	61	196	158	81 %	1	12	12	100 %
De l'Érable	23	65	48	74 %	0	0	0	0 %
TOTAL :	**513**	**1 499**	**1 073**	72 %	**5**	**28**	**28**	100 %

Programme santé mentale – Statistiques au 31 mars 2004

Districts sociosanitaires	Ressources de type familial				Ressources intermédiaires			
	Nombre de ressources	Places accréditées	Places occupées	Taux d'occupation	Nombre de ressources	Places accréditées	Places occupées	Taux d'occupation
Haut Saint-Maurice	0	0	0	0 %	0	0	0	0 %
Mékinac	0	0	0	0 %	0	0	0	0 %
Centre-de-la-Mauricie	23	156	139	89 %	5	59	49	83 %
Maskinongé	4	28	28	100 %	6	70	62	89 %
Trois-Rivières	23	154	144	94 %	1	6	6	100%
Cap-de-la-Madeleine	7	43	41	95 %	2	18	16	89 %
Des Chenaux	0	0	0	0 %	0	0	0	0 %
Nicolet-Yamaska	3	14	14	100 %	0	0	0	0 %
Bécancour	2	13	10	77 %	0	0	0	0 %
Drummond	15	87	78	90 %	1	9	8	89 %
Arthabaska	16	93	84	90 %	4	21	17	81 %
De l'Érable	1	8	8	100 %	1	29	26	90 %
TOTAL :	**94**	**596**	**546**	92 %	**20**	**212**	**184**	87 %

L'organisation et la coordination des services
Autres (suite)

- Augmentation du budget accordé aux 2 CALACS de 224 051 $ en 1998-1999 à 406 409 $ en 2002-2003. Le nouveau CALACS reçoit 15 000 $ pour un budget global accordé aux CALACS de 421 409 $.

- Augmentation du budget accordé aux 2 groupes Espace dont le mandat est la prévention des violences commises envers les enfants, notamment les abus sexuels, de 128 320 $ en 1998-1999 à 210 760 $ en 2002-2003.

Les sages-femmes

Implantation d'une maison de naissance à Nicolet et intégration de services de sages-femmes dans 4 territoires de CLSC de la région.

- Les suivis de grossesse par les sages-femmes ont débuté en septembre 2003 et le premier accouchement à la maison de naissance a eu lieu le 20 décembre 2003. En mars 2004, plus de 65 femmes et familles de la région sont suivies à la Maison de naissance de la Rivière.

- Intégration de services de sages-femmes sur les territoires du Centre-de-la-Mauricie et de Mékinac.

Les populations du Centre-de-la-Mauricie et de Mékinac sont confrontées depuis septembre 2001 à un problème d'accessibilité de services d'obstétrique. Suite à des démarches amorcées par le Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie et l'UQTR (qui offre le baccalauréat en pratique sage-femme), l'Agence a confié, en décembre 2002, aux 2 CLSC des 2 territoires concernés et au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM), le mandat d'analyser la possibilité d'intégrer des services de sages-femmes aux services déjà offerts par leurs établissements. Depuis avril 2003, l'Agence supporte activement des travaux d'élaboration d'un projet d'intégration de sages-femmes qui pratiqueraient notamment des accouchements au CHCM.

Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF)

Les obligations des établissements gestionnaires et utilisateurs de ressources à l'égard de l'application de la loi 90 concernant l'exercice de soins invasifs d'assistance aux activités de vie quotidienne et l'administration des médicaments confiés à des non-professionnels comporte des impacts importants sur la gestion administrative des ressources en RI-RTF qu'il faut adresser au Ministère :

- L'instrument d'évaluation et de l'intensité des services en RI-RTF, le mode de rétribution des ressources humaines affectées, les conventions collectives et les assurances responsabilités des ressources ne tiennent pas compte des nouvelles activités pouvant être confiées à des non-professionnels et des modes d'encadrement préconisées pour cette main-d'oeuvre.
- L'absence de normes et règles de soins dans les résidences « privées » comparables.

La gestion économique et efficiente des ressources
Financières

Sommaire

- En 1999, l'Agence a adopté les orientations et les principes devant guider l'allocation des ressources financières attribuées à la région ainsi que les modes de budgétisation des établissements. L'équité intrarégionale et l'utilisation efficiente des ressources constituaient des assises du plan de consolidation. À ce titre, les gestes posés par l'Agence en matière d'allocation de ressources aux établissements depuis 1999 ont été dans une logique populationnelle en cherchant à réduire les écarts entre les territoires en tenant compte de la richesse relative de chacun des programmes ainsi que les orientations ministérielles. Il est utile de mentionner que l'allocation des ressources financières cherche aussi à améliorer l'accessibilité et la qualité des services soit au niveau local pour les services de type CLSC et CHSLD (11 districts sociosanitaires), sous-régional en ce qui concerne le services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale (Trois-Rivières métropolitain, Centre-de-la-Mauricie, Drummond, Bois-Francs, de l'Érable et le Haut-Saint-Maurice) et au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières pour certains services surspécialisés tel que la radiothérapie. Il est attendu des établissements à vocation régionale d'offrir des services déconcentrés dans chacun des territoires à chaque fois que cela est possible (masse critique, expertise, plateau technologique, etc.). Les orientations retenues en 1999 ont donc permis de financer les lits d'hébergement sur une base comparable dans chacun des territoires. Les centres hospitaliers sont également financés sur des bases comparables et en tenant compte des mandats qui leur sont confiés.

- Au cours des quatre dernières années, l'enveloppe régionale (financement net) a connu une croissance de 30,64 % en passant de 533,6 millions à 697,1 millions soit une moyenne de 7,66 % par année. Cet ajout budgétaire comprend le coût de système, les ajustements salariaux découlant des conventions collectives, la consolidation des bases budgétaires de certains établissements, et enfin, les budgets de développements attribués à la région. Le tableau A présente le détail de l'enveloppe régionale durant cette période.

- Les réinvestissements significatifs dégagés par le gouvernement et les efforts déployés par les établissements avec l'appui de l'Agence et du Ministère ont permis de maîtriser le niveau de déficit et de s'engager dans le chemin du retour à l'équilibre budgétaire. En effet, en 2004-2005, les cibles du déficit autorisé ont été fixées à 5,787 millions ce qui représente un peu moins de 9/10 de 1% de l'enveloppe régionale. De plus, on doit mentionner que seulement 5 établissements se retrouvent en situation déficitaire sur un total de 23 établissements publics que compte la région au 1er avril 2004. Pour illustrer l'importance des efforts accomplis à ce jour, on se rappelle qu'en 1999-2000, 18 établissements sur 25 présentaient des déficits totalisant 35 millions ce qui représentait un plus de 6 % de l'enveloppe régionale (charges brutes). Le tableau C fournit le détail de l'évolution par catégorie d'établissements du déficit entre 1999-2000 et 2003-2004. On doit signaler que c'est au niveau des centres hospitaliers que les difficultés sont encore persistantes puisque la cible du déficit 2004-2005 porte essentiellement sur cette catégorie d'établissements.

- Le déficit accumulé des établissements publics au 31 mars 2004 est estimé à 21,74 M$, ce qui représente environ 3,29 % de l'enveloppe régionale. Ce déficit est également concentré au niveau des quatre centres hospitaliers de la région soit 18,8 M$ et 86 % de l'ensemble du déficit. Le tableau D nous fournit le détail sur la perspective du retour à l'équilibre budgétaire en 2004-2005 et traduit les efforts que certains établissements doivent encore consentir pour les atteindre les objectifs fixés.

- Les emprunts autorisés relatifs au fonctionnement des établissements ont passé de 2,3 millions au 31 mars 2000 à 25,0 millions au 31 mars 2004. Si l'on exclut le montant de 14,0 millions prévu pour financer les coûts de transition relatifs au projet d'intégration dans la communauté des usagers de l'Hôpital St-Julien, les emprunts reliés aux opérations courantes des établissements s'élèvent en fait à 11,0 millions. Ces autorisations d'emprunts sont essentiellement en lien avec les déficits encourus et les plans d'équilibre budgétaire des établissements concernés. Quant aux emprunts reliés aux dépenses en immobilisations, ils sont passés de 2,25 millions en 1999-2000 à 1,5 millions en 2003-2004. Ces autorisations d'emprunts sont accordées aux établissements pour financer des projets de nature capitalisable (équipements et immobilisations) qui génèrent les économies suffisantes pour autofinancer le projet et améliorer la productivité. Le tableau E fournit le détail de l'évolution des emprunts autorisés entre 1999-2000 et 2003-2004. Le tableau F nous fournit le détail des emprunts réels et la marge disponible par catégorie d'emprunts.

Tableau A -Évolution de l'enveloppe régionale 1999-2000 / 2003-2004 (en millions de $)

Évolution des investissements (crédits alloués)

	Crédits récurrents			Crédits Non récurrents	Total charges nettes	Augmentation en %
	Charges brutes	Revenus	Charges nettes			
1999-2000	581,1	51,5	529,6	4,0	533,6	–
2000-2001	646,3	50,8	595,5		595,6	11,6%
2001-2002	689,1	54,1	635,0		635,0	6,62%
2002-2003	718,1	59,2	658,9	0,6	659,5	3,86%
2003-2004	757,9	66,5	691,4	5,7	697,1	5,70%
Variation 2003-2004 / 1999-2000					**163,5**	**30,64 %**

Tableau B -Allocation des ressources financières aux établissements publics et privés (financement net)

Répartition par catégorie d'établissements

	2003-2004	1999-2000	Variation Montant	Variation %
Centres hospitaliers	282 765 050	202 994 982	79 770 068	39,30%
Centres locaux de services communautaires	207 407 488	155 221 386	52 186 102	33,62%
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	63 451 554	48 801 470	14 650 084	30,02%
Le Centre jeunesse	41 583 339	30 837 383	10 745 956	34,85%
Centres de réadaptation (1)	62 194 255	40 794 422	21 399 833	52,46%
Établissements privés conventionnés	4 506 558	4 008 092	498 466	12,44%
	661 908 244	482 657 735	179 250 509	37,14%
Hôpital St-Julien (2)	3 807 162	22 920 948	(19 113 786)	(83,39%)
	665 715 406	505 578 683	160 136 723	31,67%

(1) Les données 2003-2004 incluent les budgets attribuables à la prise en charge par le Centre de services en déficience intellectuelle de la clientèle en provenance de l'Hôpital St-Julien (10,0 M$).

(2) Suite à l'opération d'intégration dans la communauté des usagers, les ressources financières ont été transférées aux établissements receveurs.

Tableau C -Évolution des surplus et (déficits) des établissements publics

	2003-2004	2002-2003	2001-2002	2000-2001	1999-2000
Centres hospitaliers	(10 651 473)	(3 367 266)	(4 595 448)	(428 747)	(19 321 048)
Centres locaux de services communautaires (CLSC)	1 726 478	582 839	1 701 682	(861 758)	(8 737 284)
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	(407 406)	(633 204)	(24 098)	(29 539)	(2 752 816)
Les Centres jeunesse	(762 184)	(89 444)	(300 838)		(1 845 951)
Centres de réadaptation	(652 651)	36 659	136 790	480 134	(731 392)
	(10 747 236)	(3 470 416)	(3 081 912)	(839 910)	(33 388 491)
Hôpital St-Julien				58 594	(1 191 259)
	(10 747 236)	(3 470 416)	(3 081 912)	(781 316)	(34 579 750)
Sommaire:					
1) Établissements en surplus ou en équilibre					
Nombre:	15	14	16	9	7
Montant:	1 826 610	1 259 116	2 281 405	1 420 278	466 617
2) Établissements en déficit					
Nombre:	8	9	7	15	18
Montant:	(12 573 846)	(4 729 532)	(5 363 317)	(2 201 594)	(35 046 367)

Tableau D -Entente de gestion -Retour à l'équilibre budgétaire

	2003-2004			2004-2005	Déficit
	Cible autorisée	Déficit réel	Dépassement (Économie)	Cible autorisée	accumulé 31/04/2004
Centres hospitaliers	7 500 000	10 651 473	3 151 473	5 350 000	18 784 720
Centres locaux de services communautaires (CLSC)		14 258	14 258		10 480
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	500 000	455 830	(44 170)		1 265 284
Le Centre jeunesse		762 184	762 184	437 500	797 274
Centres de réadaptation	800 000	690 101	(109 899)		916 844
	8 800 000	12 573 846	3 773 846	5 787 500	21 774 602
Déficit en % des budgets des établissements publics		1,90 %		0,87 %	3,29 %

Tableau E -Évolution des emprunts autorisés 1999-2000 / 2003-2004

	2003-2004	2002-2003	2001-2002	2000-2001	1999-2000
1) Fonctionnement					
Déficits		708 000	286 000	167 000	1 330 000
Équilibre budgétaire	10 540 000	2 932 000	1 260 000	938 000	690 000
Traitement différé	200 000	310 000	516 000	600 000	280 000
Tierce responsabilité	260 000				
Sécurité et stabilité d'emploi				450 000	
Autofinancement désins. St-Julien (1)	14 000 000	14 600 000			
	25 000 000	18 550 000	2 062 000	2 155 000	2 300 000
2) Reliés aux dépenses en immobilisations :					
Projets autofinancés	1 080 014	1 383 266	2 717 758	1 483 398	1 250 427
Projets financés par les activités accessoires	462 515	971 739	796 589	1 254 044	974 772
	1 542 529	2 355 005	3 514 347	2 737 442	2 225 199
	26 542 529	20 905 005	5 576 347	4 892 442	4 525 199

(1) Un calendrier de remboursement a été autorisé par le Ministère (2004-2009), et ce, à partir d'une subvention spécifique récurrente de 3,0 M$.

Tableau F -Emprunts au 31 mars 2004

	Emprunts autorisés	Emprunts utilisés	Marge disponible
1) Fonctionnement			
Déficits			
Équilibre budgétaire	10 540 000	8 522 000	2 018 000
Traitement différé	200 000	199 938	62
Tierce responsabilité	260 000		260 000
Sécurité et stabilité d'emploi			
Autofinancement désinstitutionalisation des usagers de St-Julien	14 000 000	10 285 000	3 715 000
	25 000 000	19 006 938	5 993 062
2) Reliés aux dépenses en immobilisations :			
Projets autofinancés	1 080 014	471 102	608 912
Projets financés par les activités accessoires	462 515	322 008	140 507
	1 542 529	793 110	749 419
	26 542 529	19 800 048	6 742 481

Évolution des effectifs médicaux en omnipratique

	1999					2003				
Territoire CLSC	**Pop.**	**MD installés**	**ETP**	**Ratio MD/ 10 000**	**Ratio ETP/ 10 000**	**Pop.**	**MD installés**	**ETP**	**Ratio MD/ 10 000**	**Ratio ETP/ 10 000**
Haut-Saint-Maurice	16 440	13	14,98	7,91	9,11	16 364	11	12,62	6,72	7,71
Mékinac	13 243	14	10,94	10,57	8,26	13 093	8	5,72	6,11	4,37
Des Chenaux	12 232	6	4,4	4,91	3,60	12 189	7	5,47	5,74	4,49
Centre-de-la-Mauricie	66 862	53	48,87	7,93	7,31	66 323	57	53,34	8,59	8,04
Maskinongé	23 916	19	14,23	7,94	5,95	23 749	19	16,51	8,00	6,95
Trois-Rivières	83 352	74	59,61	8,88	7,15	83 717	84	68,96	10,03	8,24
Cap-de-la-Madeleine	47 264	37	29,74	7,83	6,29	47 194	34	26,22	7,20	5,56
Nicolet-Yamaska	24 221	14	12,53	5,78	5,17	24 165	16	15,06	6,62	6,23
Bécancour	19 369	14	10,41	7,23	5,37	19 257	13	9,67	6,75	5,02
Drummond	89 010	57	61,96	6,40	6,96	90 272	62	62,71	6,87	6,95
Arthabaska	65 747	38	42,79	5,78	6,51	66 113	45	33,95	6,81	5,14
De l'Érable	24 645	15	18,32	6,09	7,43	24 648	13	7,57	5,27	3,07
Région 04	**486 301**	**367**	**371,47**	**7,55**	**7,64**	**487 084**	**386**	**381,46**	**7,92**	**7,83**
Québec	**7 384 278**	**7 155**	**6 671,43**	**9,69**	**9,03**	**7 405 304**	**7 356**	**6 843,26**	**9,93**	**9,24**

Note 1 : Un médecin installé fait 50% et plus de ses revenus dans la région.

Note 2 : 7 omnipraticiens pratiquent uniquement en spécialités dans le district Centre-de-la-Mauricie. Ils sont donc été exclus.

Note 3 : Les ratios élevés pour les districts du Centre-de-la-Mauricie et de Trois-Rivières sont élevés parce que les médecins de ces territoires desservent en centre hospitalier, des usagers d'autres districts sociosanitaires.

Note 4: Les données pour l'ensemble de la région Mauricie et Centre-du-Québec ne peuvent être le résultat de la somme des données de chacun des districts sociosanitaires, puisqu'il s'agit ici de démontrer le nombre de médecins différents installés.

Nombre moyen d'années de pratique des médecins pratiquant dans les établissements de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Type spécialité	Sexe	Nombre médecins	Nombre d'années moyen de pratique	ETP
Omnipraticiens	F	134	13,78	69,85
	M	208	22,14	89,09
	Total	342	18,86	158,93
Spécialistes	F	107	9,94	84,05
	M	210	20,13	167,80
	Total	317	16,69	251,85
TOTAL		**659**	**17,82**	**410,78**

Évolution du nombre de cadres en équivalents temps plein (ETP) et de salariés

	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	Écart 02-03 / 98-99	
						Nombre	Variation
Nombre de cadres	476	462	476	499	489	13	2.7 %
Nombre de salariés (avecTPO)	10 528	10 639	11 176	11 259	10 882	354	3.4 %
Nombre de salariés/cadre	22	23	23	23	22	0	0 %

La gestion économique et efficiente des ressources Humaines

Sommaire

La population de notre région souffre du plus faible taux d'accessibilité médicale en omnipratique au Québec. La gestion plus serrée des PREM de chacune des régions, l'accréditation des GMF et nos efforts intenses de recrutement laissent entrevoir une amélioration de la situation dans les prochains mois.

Après avoir réussi à replacer ses cadres inscrits à la stabilité d'emploi suite aux réorganisations des dernières années, (dans les faits, il ne reste que 2 cadres à replacer), la région a mis en place des mesures visant à assurer la relève de ses cadres.

Outre la pénurie d'effectifs médicaux, la région doit s'attaquer à des difficultés de recrutement dans certaines professions stratégiques. De plus, afin de s'assurer de la rétention de ses effectifs infirmiers, l'Agence a favorisé la reconnaissance du baccalauréat en sciences infirmières par les établissements de la région. Elle travaille également à réduire la précarité des emplois en soins infirmiers et à favoriser l'émergence des infirmières praticiennes de première ligne.

Les effectifs médicaux

- Le Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique (PREM), reconnu pour la région en 2004, fait état de besoins normalisés équivalant à 513 médecins équivalents temps plein (ETP) alors que le nombre de médecins en place dans la région correspond à 394 ETP.
- Avec un déficit de 120 omnipraticiens (76,7 % des effectifs requis) la région est celle qui vit la pire situation au Québec relativement à l'accès à un médecin de famille et à la réponse aux besoins grandissants des établissements de santé. (À titre comparatif, la seconde région en mauvaise posture à ce chapitre connaît un taux d'atteinte de son PREM de 83,3 %).
- Toutefois, notre région est autorisée à accueillir 37 nouveaux médecins en 2004-2005. Jusqu'à ce jour 29 omnipraticiens nous ont signifié leur intention de s'installer dans la région, dont 23 d'ici octobre 2004.
- Du côté des spécialités, le déficit de la région est de 156 médecins. Nous sommes autorisé à recruter jusqu'à concurrence de 64 spécialistes pour rencontrer les besoins de la population. Actuellement 27 spécialistes nous ont signalé leur intention, dont 14 pourraient s'installer en 2004.
- L'Agence et les établissements maintiennent des efforts intenses de recrutement et notre modèle à l'égard des médecins étrangers fait école.
- L'installation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières aura certes un impact positif très important, mais l'écart entre les besoins et la disponibilité des effectifs médicaux demeurera important encore pour plusieurs années ainsi que la fragilité quant à la rupture de certains services spécialisés.

Le développement des compétences :

- De 47 médecins omnipraticiens en psychiatrie.
- En suivi systématique des clientèles en soins infirmiers.
- Des intervenants pivots en oncologie.
- Des intervenants désignés en suicide.

La préparation de la relève des cadres intermédiaires

- En 2010, 78 % du nombre total actuel de cadres aura plus de 55 ans.
- La majorité des établissements a donc démarré un processus de préparation de la relève des cadres intermédiaires. Plus de 100 candidats ont été évalués au regard de leur potentiel de gestion, et 84 ont entrepris des études en gestion dispensées par l'Université Laval.

Évolution du nombre de salariés en équivalents temps plein (ÉTP)

	31-03-99	31-03-00	31-03-01	31-03-02	31-03-03	Écart 2003-1999	
						Nombre	Variation
Temps complet régulier	5558	5792	5871	6021	6508	950	17 %
Temps partiel régulier	2160	2061	2259	2427	2254	94	4.3 %
Sous-total	**7718**	**7853**	**8130**	**8448**	**8762**	**1044**	**13.5 %**
Temps partiel occasionnel	2810	2786	3046	2811	2615	-195	-6.9 %
Total	**10528**	**10639**	**11176**	**11259**	**11377**	**849**	**8 %**

Nombre de cadres et salariés dans la région (en poste)

	mars 1999	mars 2000	mars 2001	mars 2002	mars 2003
Nombre de cadres	492	477	489	513	502
Nombre de salariés (avec TPO)	12 207	12 465	12 967	12 823	12 552
Nombre de salariés par cadre	25	26	27	25	25

Nombre de cadres inscrits en stabilité d'emploi

31 mars 1999	31 mars 2000	31 mars 2001	31 mars 2002	31 mars 2003
91	89	66	45	39

	Secteur d'emploi	31 mars 1999		31 mars 2003		Écart
01	Professionnels	1 125	7,9%	1 449	9,9%	324
02	Infirmières techniciennes	2 981	21,0%	2 892	19,8%	(89)
03	Techniciens	1 218	8,6%	1 414	9,7%	196
04	Paratechnique et soins infirmiers	2 628	18,5%	2 757	18,9%	129
05	Service auxiliaire	1 661	11,7%	1 588	10,9%	(73)
06	Employés de bureau	1 334	9,4%	1 453	10,0%	119
07	Métier	93	0,7%	85	0,6%	(8)
08	Travail social	209	1,5%	229	1,6%	20
09	Infirmières auxiliaires	1 543	10,9%	1 209	8,3%	(334)
10	Éducation	606	4,3%	635	4,4%	29
11	Stagiaires et étudiants	16	0,1%	10	0,1%	(6)
12	Hors cadres	34	0,2%	33	0,2%	(1)
13	Cadres supérieurs	89	0,6%	84	0,6%	(5)
14	Cadres intermédiaires	453	3,2%	424	2,9%	(29)
15	Infirmières bachelières	222	1,6%	287	2,0%	65
16	Cadres médecins	n/d		9	0,1%	9
17	Temporaires en situation de gestion	n/d		18	0,1%	18
Total :		**14 212**	**100%**	**14 576**	**100%**	**364**

Sont exclus les départs en cours d'année
Source de l'information: MSSS Base de données R-25

	STATUT OCCUPATIONNEL	31 mars 1999		31 mars 2003		Écart
1	Temps complet régulier	6 024	42,4%	6 491	44,5%	467
2	Temps partiel régulier	3 735	26,3%	4 188	28,7%	453
3	Temps partiel occasionnel	4 453	31,3%	3 897	26,7%	(556)
Total:		**14 212**	**100%**	**14 576**	**100%**	**364**

La gestion économique et efficiente des ressources
Humaines (suite)

Rehaussement des niveaux de compétences de la pratique infirmière

Certaines réalités régionales nécessitent des interventions de la part de l'Agence :

- 9,2 % des infirmières de la région détiennent un baccalauréat en sciences infirmières comparativement à un taux moyen de 20 % au Québec alors que les nouvelles cohortes de bachelières ont tendance à quitter la région au profit de la métropole et des régions limitrophes.

- Uniquement 62 % des offres d'emploi d'infirmières (formation collégiale ou universitaire confondue) ont été comblées. La presque totalité des offres d'emploi consiste en des postes à temps partiel, des assignations temporaires à temps partiel ou pour combler les besoins des listes de rappel.

- 25,2 % de la main-d'œuvre infirmière active de la région est actuellement âgée de 50 ans et plus, dont 52 % chez les cadres infirmiers et 42,6 % chez les professeures en sciences infirmières.

- 28 % des étudiants de 1re, 2e et 3e année du programme de formation initiale en sciences infirmières n'avaient pas de places de stage à deux semaines de la fin de la dernière session en lien avec les difficultés importantes de recrutement de préceptrices et de monitrices sur place dans les établissements de santé.

- Difficulté de rétention des préceptrices et de monitrices sur place dans les établissements de santé en lien avec le fardeau de tâche occasionné et l'absence d'incitatif financier.

- Menace soutenue de contingentement de la portion universitaire du programme DEC-BAC en lien avec le manque de financement des universités en matière de stages en sciences infirmières.

Les principaux enjeux régionaux ayant un impact direct sur la pratique infirmière :

- L'implantation d'un campus universitaire pour la formation médicale
- La reconnaissance du baccalauréat en sciences infirmières
- Le financement des universités pour soutenir les stages en sciences infirmières
- La précarité des emplois en soins infirmiers
- Les effectifs médicaux en omnipratique
- Le développement de la pratique avancée : infirmière praticienne de première ligne

Les orientations régionales à l'égard de la pratique infirmière s'inscrivent dans le cadre d'une démarche visant répondre aux besoins diversifiés et complexes de la population. Les principaux efforts, destinés à relever les nouveaux défis émergeants en matière d'organisation de services et à optimiser la contribution des infirmières dans l'organisation des soins et du travail, consistent à :

- Convenir dans le cadre d'une entente de gestion de cibles à atteindre avec les instances locales et les établissements régionaux pour réduire l'écart entre le taux moyen d'infirmières bachelières dans la région par rapport au taux moyen provincial.
- Sensibiliser le MEQ au rehaussement du financement de soutien aux stages en sciences infirmières.
- Favoriser la concertation entre les maisons d'enseignement, les instances locales et les établissements régionaux pour faciliter l'encadrement clinique des stages dans les établissements.
- Maximiser l'impact de l'implantation de centre de santé et de services sociaux de services sur le règlement de la précarité d'emploi.
- S'associer au département des sciences infirmières de l'UQTR pour le développement et le maintien de la pratique avancée en soins de première ligne dans l'éventualité d'un projet pilote en Mauricie et au Centre-du-Québec.

La gestion économique et efficiente des ressources Humaines (suite)

La planification de la main-d'œuvre salariée

- La région connaît certaines difficultés de recrutement marquées dans plusieurs titres d'emploi particulièrement dans les professions dont les programmes de formation sont offerts uniquement à l'extérieur de la région. Il est difficile d'inciter les finissants à quitter les grands centres pour exercer leur nouvelle profession en région. À titre d'exemple :
  - il est très difficile de combler les offres d'emploi pour les professionnels de la réadaptation (orthophonistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes), et ce, malgré les offres de postes à temps complet.
  - les technologues en radiologie sont également très en demande et les difficultés à les recruter persistent année après année.
  - dans certains établissements, les pharmaciens constituent également une denrée très rare et les nouvelles recrues, très en demande, se laissent désirer. L'attraction des grands centres et la forte compétition du secteur privé influencent le choix des candidats en pharmacie.
  - les inhalothérapeutes sont aussi en demande, mais dans ce cas l'offre d'emplois n'est pas aussi compétitive que celle offerte ailleurs au Québec.

- Depuis 3 ans, des représentants des établissements et de l'Agence parcourent les circuits collégial et universitaire à la recherche de finissants dynamiques et pleins de potentiel pour assurer une relève. Chaque candidat rencontré reçoit une pochette promotionnelle décrivant autant le réseau régional que chaque établissement de la région. Lors de ces carrefours emploi des 10 maisons d'enseignement visitées, notre région offrait plus de 230 offres d'emploi aux 297 candidats de toutes les disciplines qui ont remis leur candidature aux établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- Globalement, l'an passé, moins de la moitié (40 %) des offres d'emploi des établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec, dans ces domaines spécifiques, ont été comblées. De plus, seulement 62 % des offres d'emploi d'infirmières ont pu être comblées. Cependant, il faut préciser que dans ce dernier domaine, les offres d'emplois sont peu convaincantes; la presque totalité des offres d'emploi consistent à des postes à temps partiel ou des listes de rappel.

- Un vaste sondage a été mené auprès de la relève rencontrée lors des journées carrière à la fin de l'année scolaire. À première vue, le sondage démontre que le problème en soit un d'offres d'emplois plutôt que d'attraction à la région. Les jeunes sont prêts à travailler en région en autant que les offres d'emploi soient intéressantes et compétitives. On remarque que seulement 50 % de ceux dont la Mauricie et le Centre-du-Québec étaient le premier choix ont trouvé un emploi dans le réseau régional un an après la fin de leurs études.

Défis et enjeux

- Garantir l'accessibilité aux services médicaux en poursuivant le recrutement en omnipratique et en spécialité. À cet égard, les mesures déjà prises par le Ministère commencent déjà à porter fruit. Le maintien de ces mesures pour quelques années encore est essentiel pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- Le vieillissement du personnel d'encadrement est inquiétant, l'Agence anticipe des départs massifs au cours des prochaines années. La promotion de la fonction d'encadrement et des programmes de préparation de la relève doit être encouragée.

- La mobilisation, la formation et le développement des compétences sont essentiels dans le contexte de création des réseaux locaux de services (RLS).

- La fusion de plusieurs établissements suite à la création des RLS exige une gestion transparente et rigoureuse des mouvements de la main-d'œuvre cadre et l'exploitation du potentiel de chaque cadre et hors-cadre.

- La pénurie de la main-d'œuvre dans certains secteurs d'activités exige une planification de la main-d'œuvre rigoureuse et des stratégies novatrices notamment en matière de stage et d'arrimage entre les maisons d'enseignement et les établissements.

- L'introduction des nouvelles technologies et l'intégration de services dans le contexte de RLS nécessiteront des investissements importants pour la formation et le développement des nouvelles compétences des professionnels.

- Enfin, le futur campus universitaire à Trois-Rivières exigera également des investissements importants de la part des établissements pour le rehaussement des compétences du personnel clinique notamment au niveau du personnel infirmier. Accroître le nombre de places de stages, constitue également un autre défi.

Sans être exhaustifs, les projets réalisés à ce jour ou encore en voie de réalisation illustrent bien l'amélioration du parc immobilier de la région :

Établissement	Projets	Montant
CHRTR	Regroupement des activités à l'installation Ste-Marie	51,9 M $
	Implantation des services de radiothérapie	17,4 M $
	Implantation des services de résonance magnétique	3,96 M $
Centre de santé Cloutier-du Rivage	Regroupement des activités dans une seule installation	13,6 M $
Centre de santé Nicolet-Yamaska	Regroupement des activités à l'installation Christ-Roi	9,4 M $
Centre de santé de la MRC de Maskinongé	Regroupement des lits à l'installation site Avelin-Dalcourt et réaménagement	6,03 M $
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	Services ambulatoires et unités de soins	9,3 M $
	Implantation d'une unité de dialyse	1,0 M $
	Implantation des services en résonance magnétique	0,8 M $
Hôpital Sainte-Croix	Services ambulatoires et unités de soins	13,98 M $
	Implantation d'une unité de dialyse	1,0 M $
	Implantation des services en résonance magnétique	2,3 M $
Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie	Réaménagement fonctionnel et travaux préparatoires pour le centre ambulatoire	5,312 M $
Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice	Rapatriement des lits de longue durée à l'hôpital	3,51 M $
CHSLD Ermitage de la MRC d'Arthabaska	Regroupement des lits	3,4 M $
Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Unité sécuritaire	2,64 M $

D'autres projets ont également été réalisés soit à partir des fonds régionaux ou des enveloppes spécifiques dégagées par le Ministère

Amélioration de la sécurité dans les CHSLD (installation des gicleurs)	6,12 M $
Programme d'accélération des investissements (PAIP) pour des projets d'amélioration des installations en CHSLD	5,5 M $
Amélioration de la qualité de vie des usagers en CHSLD	2,8 M $
Projets visant l'amélioration de l'efficacité énergétique	2,4 M $

Investissements pour les équipements spécialisés, haute technologie et petits équipements mécicaux

1999-2000	10,36 M $
2000-2001	10,44 M $
2001-2002	6,34 M $
2002-2003	4,73 M $
2003-2004	8,39 M $

La gestion économique et efficiente des ressources
Matérielles

Projets immobiliers

Sommaire

- La région dispose d'un parc immobilier de 83 immeubles évalués à 668 millions. Les services sont également offerts dans 79 immeubles appartenant au secteur privé.
- La région dispose également d'un parc d'équipements évalué à 210 millions dont 83 millions pour le volet des équipements médicaux spécialisés.
- Au cours des 5 dernières années, le parc immobilier a connu une transformation significative grâce des investissements de plus de 140,0 millions.
- La région a connu également un rattrapage en équipements spécialisés et ultraspécialisés notamment en radiothérapie et en résonance magnétique.
- Des investissements importants ont été également consentis pour la modernisation des infrastructures administratives et de soutien et l'amélioration de la qualité de vie des usagers notamment en hébergement.
- Sur base territoriale, les établissements ont été invités à produire des plans directeurs immobiliers (PDI) pour répondre aux besoins actuels et en émergence.
- La création d'un réseau intégré des services de laboratoire et d'imagerie médicale (système RIS/PACS) constitue un première au Québec.

Les projets immobiliers

Au cours des 5 dernières années (1999-2004), le parc immobilier régional a connu une transformation significative grâce à des investissements majeurs. Cette amélioration des infrastructures immobilières a permis d'actualiser le plan de transformation adopté en 1996 ainsi que le plan de consolidation adopté en 1999. Tout en contribuant à l'efficience des ressources consacrées, ces investissements ont permis également d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts par les établissements de la région de même que la qualité de vie des usagers et du personnel en offrant un environnement sain et securitaire. (voir tableau à la page précédente).

Les équipements spécialisés, haute technologie et petits équipements médicaux

Au cours des 5 dernières années, les établissements de la région ont bénéficié d'importants investissements dans le secteur d'équipements spécialisés et de haute technologie. Ces investissements ont permis à la région d'améliorer, à la fois, le parc technologique de façon significative et d'offrir de nouveaux services à la population. La mise en place des services de radiothérapie à Trois-Rivières (6,7 M$) ainsi que les services de résonance magnétique (2,45 M$) sont des acquis importants pour la population. La déconcentration des services de dialyse et les projets d'implantation des services de résonance magnétique (en voie de réalisation) à Drummond et à Victoriaville témoignent de la volonté de l'Agence d'améliorer l'accessibilité des services à la population en déconcentrant les services dans chacune des 4 sous-régions à chaque fois que cela est possible. Au cours des 5 dernières années, 40, 3 millions ont été investis. Les équipements spécialisés en radiologie ont été particulièrement priorisés. (Voir tableau à la page précédente).

La modernisation du réseau

En 1999, l'Agence en collaboration avec les établissements, a mis en chantier plusieurs projets de modernisation des infrastructures administratives et de soutien pour un investissement total de 39,50 millions. Ces investissements ont permis de soutenir la réalisation de plusieurs projets de mise en commun ou de modernisation comme ceux ayant trait aux services alimentaires, aux économies d'énergie et aux services de buanderie.

Parmi ces projets, il en est qui démarque par sa nature et son importance. Il s'agit du projet portant sur les services de laboratoire pour lequel des fonds nationaux et régionaux de 11,77 millions ont été consentis, en plus de la contribution des établissements. Or, c'est la première fois au Québec que les établissements de toute une région s'associent au sein d'un tel projet permettant la modernisation et surtout la mise en réseau de tous les services de laboratoire.

La gestion économique et efficiente des ressources
Matérielles (suite)

Ce projet permet d'intégrer et de soutenir toutes les étapes du processus reliées aux services de laboratoire, allant de la requête effectuée par un médecin, en passant par la prise de l'échantillon dans n'importe quel territoire de la région, par l'analyse de l'échantillon par le laboratoire le plus approprié, suivie du retour des résultats de l'analyse au médecin prescripteur et leur mise en archives informatisées. Cette orientation datant de 1999 mettait déjà de l'avant la volonté de l'Agence de renforcer le continuum de services et favoriser la mise en réseau dans une logique de hiérarchisation des services.

Un autre projet d'envergure s'inscrivant dans même esprit que celui portant sur les services de laboratoire est celui de la modernisation des services d'imagerie médicale. En effet, ce projet permet la gestion numérisée des rendez-vous et des rapports de lectures des films effectués par les radiologistes ainsi que la transmission, l'archivage et la manipulation d'images radiologiques dans un format numérique. La première phase ce projet de 12,61 millions est actuellement en implantation dans les 4 centre hospitaliers de la région. La phase 2 du projet vise les centres de santé qui seront considérés comme des satellites reliés aux centres hospitaliers. À terme, ce projet permettra également la mise en réseau au niveau régional des services d'imagerie médicale et permettra, à notre avis un élément pour suppléer à la pénurie des radiologistes dans la région. L'Agence entend poursuivre le déploiement de ces 2 projets aux GMF et aux cabinets privés.

D'autres projets de moindre importance ont été réalisés notamment

Services de pharmacie	2,33 M $
Archives, accueil et communication	1,28 M $
Approvisionnements	0,61 M $
Administration	0,38 M $
Services alimentaires	4,01 M $
Buanderie et lingerie	1,86 M $
Économie d'énergie	3,98 M $
Système de sécurité	0,61 M $
Autres projets	0,06 M $

Défis et enjeux

- Le vieillissement du parc immobilier régional et l'émergence des nouveaux besoins continus nécessitent des investissements considérables. Les investissements consentis au cours des dernières ont permis d'améliorer les infrastructures immobilières dans plusieurs territoires. Toutefois, des études effectuées dans la région ont permis d'identifier les besoins et les efforts qui restent encore à consentir. À ce titre, plusieurs projets ont déjà franchi l'étape « Étude » et sont en attente d'un C.T. d'exécution, d'autres sont déjà autorisés pour la mise à l'étude et, enfin, d'autres sont actuellement sur la liste des projets en attente de priorisation.

- Les ressources consenties pour l'entretien et le maintien des actifs sont insuffisantes pour maintenir le parc immobilier dans des conditions optimales. L'Agence doit souligner avec satisfaction le rehaussement de l'enveloppe de maintien des actifs consentie pour 2004-2005 qui passe de 8,48 millions à 12,5 millions$.

- La création des CSSS et les fusions d'établissements dans plusieurs territoires conjugués aux démarches des projets cliniques que ces nouvelles instances doivent produire vont, à notre avis, exercer une pression pour adapter le parc immobilier aux nouvelles réalités.

- Lors du passage de l'an 2000, des investissements importants ont permis de moderniser le parc technologique des établissements. D'autres projets d'envergure clinico-administratifs ont été également implantés au cours des dernières. De l'avis de plusieurs experts, les établissements ne disposent pas des ressources suffisantes pour faire face au renouvellement du parc informatique. De nouvelles stratégies doivent mise de l'avant.

La gestion économique et efficiente des ressources
Matérielles (suite)

Technologies de l'information

Sommaire

Les technologies de l'information ont connu un essor important entre 1999 et 2003. Le développement et le déploiement de système d'information et d'infrastructure technologique ont permis de mieux supporter le travail des cliniciens et des gestionnaires en améliorant l'accessibilité et la qualité des informations, et en appuyant de façon concrète la mise en réseau et les échanges sécurisés d'information.

Le Technocentre régional est en opération depuis 1998 et il constitue la plate-forme de soutien technologique et des infrastructures. Un infocentre régional qui assure la mise en place et l'accès à un entrepôt de données sociosanitaires est en structuration. Finalement, plusieurs systèmes d'information ont été déployés tels l'informatisation des laboratoires, Intégration CLSC, le système d'information en CHSLD (SICHELD), le système d'information des urgences, le système d'information géronto-gériatrique (SIGG), le réseau intégré de gestion de l'information clinique en santé (RIGIC) et l'informatisation des GMF.

Le Technocentre régional

- Le Technocentre régional répond à chaque année à plus de 1 500 demandes d'assistance en provenance des établissements de la région. Il assure le soutien au réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS), au système d'exploitation Windows NT/2000, aux logiciels antivirus, au logiciel de serveur de terminaux et aux systèmes d'information I-CLSC, SICHELD, hémodialyse, LPRG, Image, Médi-lab, Médi-Result, RIGIC, SIGG, etc.

- Le Technocentre régional a mis en place plusieurs infrastructures de sécurité afin de sécuriser les données et les équipements régionaux nécessaires au bon fonctionnement du réseau.

L'Infocentre régional

- L'Infocentre régional vise à rendre accessibles les banques de données sociosanitaires qui supportent la gestion du réseau et la reddition de comptes.

- Un entrepôt de données a été mis en place et des tableaux de bord sont produits pour répondre aux besoins d'information. Les principales banques de données entreposées et traitées sont MED-ECHO, APR-DRG, décès, naissances, tumeurs, fichier de recensement de la population, I-CLSC, etc.

- L'Infocentre répond à plus de 200 demandes d'information par année en provenance des établissements et organismes de la région.

Le développement de système d'information

- La région s'est fortement impliquée dans le développement de 2 systèmes d'information pour répondre aux besoins cliniques, l'un dans le secteur de la santé (RIGIC) et l'autre dans le secteur des personnes en perte d'autonomie (SIGG).

- Le projet de réseau intégré de l'information clinique en santé (RIGIC) a vu le jour en 2000, grâce à une subvention de Santé Canada. Il s'est développé dans 2 centres hospitaliers, soient le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, avec l'implication du partenaire privé Medisolution. Le système supporte l'accès sécuritaire à des informations cliniques pour les cliniciens de ces centres hospitaliers. La première phase du projet s'est complétée en 2003 et ce système est maintenant opérationnel. Cette phase a requis un investissement de plus de 9 millions.

- Le système d'information géronto-gériatrique (SIGG) a connu plusieurs phases de développement depuis 1998. Il supporte le fonctionnement en réseau intégré de services pour des personnes en perte d'autonomie et il est déployé dans un des territoires de la région, soit les Bois-Francs.

- Son développement s'est fait en partenariat avec 4 autres régions du Québec, ce qui a permis de répartir les coûts estimés à 6 millions.

- Ce système sera déployé dans l'ensemble de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 2004-2005.

La gestion économique et efficiente des ressources

Matérielles (suite)

Le déploiement de systèmes d'information

- Plusieurs systèmes d'information ont été déployés entre 1999 et 2003.
- L'ensemble des laboratoires de la région a été informatisé en 1998, 1999 et 2000. Ce projet très structurant a permis de faciliter le travail des différents professionnels, d'améliorer l'accès aux résultats pour la population.
- Les centres d'hébergement et de soins de longue durée se sont vus appuyés par le déploiement du système d'information en CHSLD (SICHELD) et par l'introduction d'une version améliorée en 2002-2003.
- En 2001-2003, un système d'acheminement de données entre les transporteurs ambulanciers et l'Agence régionale a été implanté pour les situations d'utilisation des moniteurs et défibrillateurs cardiaques. Il vise à assurer un monitorage de la qualité des services.
- Un système d'information sur les ressources intermédiaires a été déployé en 2001-2002, dans 14 établissements gestionnaires de ressources. Le système permet une information uniforme pour supporter les intervenants dans les prestations de service.
- En 2002-2003, un système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) a été implanté.
- Les CLSC ont connu une mise à jour améliorée du système d'information qui supporte leurs activités, soit Intégration CLSC.
- Plus récemment, soit en 2003-2004, d'importants efforts ont été consentis pour informatiser 4 groupes de médecine familiale (GMF) de la région. Plus de 85 postes de travail, 8 serveurs et des systèmes ont été déployés.

Défis et enjeux

- Poursuivre le développement du projet RIGIC dans l'ensemble des établissements et cabinets médicaux de la région.
- Implanter dans l'ensemble de la région le système d'information géronto-gériatrique (SIGG) pour supporter l'accès et la continuité des services aux personnes requérant un continuum de soins et services.
- Consolider l'accès aux informations sociosanitaires de l'Infocentre régional en appui à la gestion et à la reddition de comptes.
- Déployer des solutions technologiques pour relier les groupes de médecine familiale (GMF).
- Maintenir une haute vigilance pour la sécurité des actifs informationnels.

Les équipements spécialisés, haute technologie et petits équipements médicaux

Au cours des 5 dernières années, les établissements de la région ont bénéficié d'importants investissements dans le secteur d'équipements spécialisés et de haute technologie. Ces investissements ont permis à la région d'améliorer, à la fois, le parc technologique de façon significative et d'offrir de nouveaux services à la population. La mise en place des services de radiothérapie à Trois-Rivières (6,7 millions) ainsi que les services de résonance magnétique (2,45 millions) sont des acquis importants pour la population. La déconcentration des services de dialyse et les projets d'implantation des services de résonance magnétique (en voie de réalisation) à Drummond et à Victoriaville témoignent de la volonté de l'Agence d'améliorer l'accessibilité des services à la population en déconcentrant les services dans chacune des 4 sous-régions à chaque fois que cela est possible. Au cours des cinq dernières années, 40, 3 millions ont été investis. Les équipements spécialisés en radiologie ont été particulièrement priorisés. Le tableau suivant résume les investissements effectués annuellement :

- 1999-2000 : 10,36 M$
- 2000-2001 : 10,44 M$
- 2001-2002 : 6,34 M$
- 2002-2003 : 4,73 M$
- 2003-2004 : 8,39 M$

Au cours de cette même période, l'Agence, avec la collaboration des établissements, a mis de l'avant plusieurs projets financés par des fonds régionaux :

- Modernisation des laboratoires (mise en réseau et informatisation) : 11,1 M$
- Implantation en cours du système RIS-PACS (imagerie médicale) :10,0 M$
- Projets de modernisation des infrastructures administratives et de soutien : 13,5 M$

Subventions aux organismes communautaires par catégories

Secteur I	Subvention 1999-2000	Subvention 2002-2003	Variation 2000-2003	Subvention 2003-2004	Variation 2000-2004	Variation 2003-2004
Alcoolisme-toxicomanie	339 710 $	639 791 $	88 %	740 458 $	118 %	16 %
Familles	643 393 $	741 197 $	15 %	861 601 $	34 %	16 %
Personnes handicapées	565 907 $	747 233 $	32 %	1 226 798 $	117 %	64 %
Centres de bénévolat	177 930 $	[illegible]	6 %	2 090 895 $	1075 %	1012 %
Multiclientèles	440 854 $	917 002 $	108 %	951 278 $	116 %	4 %
Personnes âgées	18 350 $	72 719 $	296 %	35 348 $	93 %	(51%)
Santé physique	76 168 $	189 885 $	149 %	231 998 $	205 %	22%
Personnes démunies	713 236 $	862 162 $	21 %	936 601 $	31 %	9 %
Assistance et accompagnement	60 483 $	163 610 $	171 %	167 537 $	177 %	2 %
Sous-total	**3 036 031 $**	**4 521 668 $**	**49%**	**7 242 514$**	**139%**	**60 %**
Secteur II						
Maisons hébergement pour femmes	1 960 487 $	2 328 794 $	19 %	2 629 150 $	34 %	13 %
CALACS	228 807 $	406 409 $	78 %	448 268 $	96 %	10 %
Centres de femmes	468 369 $	556 601 $	19 %	697 698 $	49 %	25 %
Autres ressources pour femmes	136 632 $	142 648 $	4 %	161 142 $	18 %	13 %
Organismes pour conjoints violents	300 997 $	316 608 $	5 %	332 207 $	10 %	5 %
Sous-total	**3 095 292 $**	**3 751 060 $**	**21 %**	**4 268 465 $**	**38 %**	**14 %**
Secteur III						
Organismes de justice alternative	982 547	1 034 546 $	5 %	1 060 695 $	8 %	3 %
Hébergement jeunesse	512 282 $	544 487 $	6 %	564 567 $	10 %	4 %
Autres ressources jeunesse	512 782 $	784 373 $	53 %	868 737 $	69 %	11 %
Maisons de jeunes	1 084 941 $	1 556 164 $	43 %	1 653 946 $	52 %	6 %
Sous-total	**3 092 552 $**	**3 919 570 $**	**27 %**	**4 147 945 $**	**34 %**	**6 %**
Autres organismes						
Organismes Sida (3)	271 946 $	339 530 $	25 %	364 087 $	34 %	7 %
Concertation régionale	76 822$	100 000 $	30 %	102 400 $	33 %	2 %
Autres organismes (2)	477 126 $	501 874 $	5 %	513 919 $	8 %	2 %
Santé mentale	2 180 990 $	3 483 701 $	60 %	3 368 102 $	54 %	(3 %)
Maintien à domicile	2 115 114 $	2 487 388$	18 %	592 163$	(72 %)	(76 %)
Sous-total	**5 120 998 $**	**6 912 493 $**	**35 %**	**4 940 671 $**	**(4 %)**	**(29 %)**
TOTAL DU FINANCEMENTSOC	**14 344 873$**	**19 104 791 $**	**33 %**	**20 599 595$**	**44 %**	**8 %**
FINANCEMENT HORS-SOC	**175 514 $**	**1 565 057 $**	**791 %**	**1 968 769 $**	**1022 %**	**26 %**
FINANCEMENT TOTAL	**14 520 387$**	**20 669 848 $**	**42 %**	**22 568 364 $**	**55 %**	**9 %**

Veuillez prendre note, qu'à partir de l'année financière 2003-2004 le financement des centres d'action bénévole (CAB) a été octroyé en totalité dans le secteur *Centres de bénévolat* et non plus en partie dans le secteur *Maintien à domicile*.

Les organismes communautaires

Sommaire

Depuis 1999-2000, plusieurs démarches ont été entreprises afin de baliser davantage les relations entre l'Agence et les organismes communautaires de notre région, oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ces travaux ont conduit à l'adoption par le conseil d'administration de l'Agence de deux documents de référence soit : la *Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux en novembre 2000* et le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux en juin 2001*.

Le nombre de ressources communautaires reconnues a été en constante évolution du 1998 à 2003, passant de 230 à 270 ressources. Le 1er avril 2003, l'Agence transférait les dossiers d'organismes dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique gouvernementale *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Suite à cet exercice, notre instance comptait 241 ressources reconnues en date du 31 mars 2004

Le financement du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) a augmenté tous les ans passant de 14 344 873 $ en 1999-2000 à 20 599 595 $ en 2003-2004. Le rehaussement de cette enveloppe est dû, entre autres, à de nombreux investissements régionaux. À ces montant s'ajoutent du financement octroyé à six ressources n'oeuvrant pas prioritairement dans le domaine de la santé et des services sociaux mais ayant un volet de leur action dans ce secteur. Ce financement, appelé « hors-SOC », est passé de 175 514 $ en 1999-2000 à 1 968 769 $ en 2003-2004. Le financement global du communautaire est donc passé de 14 520 387 $ en 1999-2000 à 22 568 364 $ en 2003-2004, soit une hausse de 55 %.

En 2003-2004, 247 organismes recevaient un financement de l'Agence; parmi eux, 11 organismes communautaires régionaux, véritablement actifs au Centre-du-Québec et en Mauricie, se partagent 763 000 $. Les 110 organismes communautaires du Centre-du-Québec reçoivent 45 % de l'enveloppe, soit 9,65 millions alors que les 126 organismes de la Mauricie sont soutenus pour une somme de 11,9 millions soit 55 % de l'enveloppe.

Informations complémentaires

- On constate que, malgré le fait que ces organismes soient pour la plupart issus d'initiatives de la communauté plutôt que d'une planification gouvernementale, le poids relatif du soutien octroyé par l'Agence correspond, à un point de pourcentage près, au poids relatif de chacune des deux régions administratives qui est de 46 % pour le Centre-du-Québec et de 54 % pour la Mauricie.

- La Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec permet de baliser l'analyse des demandes de reconnaissance. Ainsi elle définit clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de dédoublement. Le nombre de demandes de reconnaissance acheminées à l'Agence étant en constante évolution, celle-ci doit s'assurer que les organismes qu'elle reconnaît et subventionne répondent aux critères définis dans sa Politique.

- Le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec* permet notamment à l'Agence de baliser la répartition de nouveaux budgets aux organismes communautaires. Il définit également les notions de financement à la mission globale et de financement spécifique.

- Tous les organismes communautaires reconnus et financés par le programme SOC on été classifié en utilisant la typologie définie dans le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. La base de financement à atteindre pour chacun des organismes est définie en fonction de critères tels que : le type d'activités, la clientèle rejointe et le rayonnement géographique.

- Des travaux relatifs au financement des centres d'action bénévole (CAB) ont conduit l'Agence à allouer aux organismes de ce secteur la totalité de leur subvention en financement à la mission globale et non plus en partie spécifiquement pour le maintien à domicile comme antérieurement. Notre instance désire ainsi reconnaître que le maintien à domicile fait partie intégrante de la mission de ces ressources, tout comme les trois autres volets de leur action.

Les organismes communautaires (suite)

- L'Agence a mis sur pied un mécanisme de concertation régionale formé de représentants de l'Agence et de la Table régionale des organismes communautaires (TROC). Le comité de liaison est un lieu de discussions autour des enjeux qui préoccupent l'Agence et les organismes eux-mêmes. Les paramètres régissant ce comité ont été convenus avec la TROC.

- La Politique gouvernementale *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* adoptée en septembre 2001 prévoit la concentration du soutien financier en appui à la mission globale des organismes d'action communautaire autonome au sein du ministère ou de l'organisme gouvernemental ayant la mission la plus compatible. Au 1er avril 2003, l'Agence a transféré 18 dossiers d'organismes communautaires et en a accueilli trois nouveaux. L'Agence a également reçu un financement de 1 002 644 $ pour 83 organismes qu'elle reconnaissait déjà. Nous avons reçu un financement total 1 019 168 $ et transféré 398 559 $. L'enveloppe du programme SOC a donc alors été rehaussé de 620 609 $.

- Le *Cadre de référence en matière d'action communautaire* et le Plan d'action qui en découle préconisent différentes mesures qui ont déjà été mises en place par l'Agence dans sa relation avec le milieu communautaire, soit : l'utilisation de trois modes de soutien financier, le financement continu et la mise en place d'un lieu d'échanges avec les représentants du milieu communautaire.

Enjeux

La LSSS stipule que les organismes communautaires qui reçoivent une subvention de l'Agence dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches. (L.R.Q., c. S-4.2, art. 335). L'Agence doit donc convenir de formules permettant à la fois de respecter l'autonomie des organismes communautaires tout en assumant les mandats de gestionnaire qui lui sont confiés.

Les demandes financières des organismes communautaires augmentent chaque année. En effet, bien que l'Agence et le Ministère aient injecté d'importantes sommes dans cette enveloppe, l'écart entre le montant demandé par les organismes reconnus et le montant qui leur est versé ne cesse de s'accroître.

Nombre d'organismes communautaires subventionnés par secteur d'activités

Secteur	1998-1999	2002-2003	Variation 1999-2003	2003-2004	Variation 1999-2004	Variation 2003-2004
Services à la communauté	114	141	24 %	127	11 %	(-10 %)
Services aux femmes et hommes en difficulté	19	21	11 %	21	10 %	0 %
Services à la jeunesse	51	53	4 %	53	4 %	0 %
Santé mentale	26	32	23 %	32	23 %	0 %
Concertation régionale	1	1	0 %	1	0 %	0 %
Maintien à domicile	19	22	16 %	7	(-63 %)	(-68 %)
Total	**230**	**270**	**17,4 %**	**241**	**5 %**	**(-11 %)**

- De 1999 à 2003 quinze centres d'action bénévole sont inclus dans le secteur *Services à la communauté* ainsi que dans celui du *Maintien à domicile*. Depuis 2003-2004, ces derniers ne sont comptabilisés que dans une seule catégorie soit *Services à la communauté*.
- Un organisme a perdu sa reconnaissance et son financement de l'Agence en 2000-2001.
- Le 1er avril 2003 plusieurs organismes communautaires ont été transférés au Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA) dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique gouvernementale de l'action communautaire.

Les organismes communautaires (suite)

Prix décernés à des organismes de la région :

Édition 1999 : Prix Persillier-Lachapelle
Corporation Partenaires 12-18 de la MRC de l'Érable
Catégorie « Prévention-promotion de la santé et du bien-être »
Mention d'honneur
Catégorie « Soutien aux groupes les plus vulnérables »
Atelier Action Jeunesse inc.

Édition 2000 : Prix d'excellence
Société Alzheimer de la Mauricie (Maison Carpe Diem)
Catégorie « Soutien aux personnes et aux groupes vulnérables »

Prix d'excellence
Maternaide du Québec
Catégorie « Impact sur la communauté »

Édition 2003 : Prix d'excellence
RAFT inc. de Drummondville
« Coup de cœur » (nouveauté) pour l'organisme

Conclusion

Depuis notre dernière reddition de compte devant la Commission, une vingtaine de lois sont venues modifier différents rôles et fonctions des agences, ainsi que certains processus de gestion entre les différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux.

Pensons plus particulièrement aux impacts des lois suivantes :

- Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux
- Loi sur le Protecteur des usagers
- Loi sur la santé publique
- Loi sur l'équilibre budgétaire
- Loi concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence
- Loi visant la prestation continue de services médicaux d'urgence
- Loi concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins
- Loi sur les agences de développement de réseaux locaux

La mise en œuvre des dispositions législatives découlant de ces textes a imposé une augmentation des responsabilités des agences et une modification radicale de certaines dynamiques soit à l'interne de l'Agence, entre l'Agence et les établissements, entre l'Agence et le ministère et entre l'Agence et la population.

Soulignons particulièrement :

- La mise en place d'une présidence-direction générale
- L'introduction d'un cycle de gestion fondé sur l'imputabilité, la reddition de compte et la signature d'entente de gestion
- La création du Forum de la population et des Commissions infirmières et multidisciplinaire
- La création du DRMG
- Mise sur pied des Groupes de médecins de famille
- La modification des conseils d'administration des agences
- Le regroupement des établissements en instances locales et la création des réseaux locaux.
- Le Programme national de santé publique de décembre 2002

Tout en reconnaissant que la mise en œuvre de ces dispositions législatives a exigé beaucoup de temps et d'énergie de la part de l'Agence et des acteurs du réseau, nous demeurons convaincus d'avoir agi dans la continuité et d'avoir progressé dans ce qui est, depuis 1996, devenu notre leitmotiv régional : **« *Un réseau tissé serré* »**.

Nous espérons que le présent bilan rétrospectif vous aura fait partager la fierté de notre région quant à sa contribution à l'amélioration continue des services à la population.